

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain GIRARD

Né le 5 Décembre 1937, à Bègles (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le

196

Psychothérapie, Information et Bureaucratie

*

**Essai sur les conditions de la psychothérapie
dans un hôpital psychiatrique récemment ouvert**

Président : M. PICHOT, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1968



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain GIRARD

Né le 5 Décembre 1937, à Bègles (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le

196

Psychothérapie, Information et Bureaucratie

*

**Essai sur les conditions de la psychothérapie
dans un hôpital psychiatrique récemment ouvert**

Président : M. PICHOT, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1968

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BÉNARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRÉ (R.), DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LÉVY (Mlle J.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RENARD (G.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN : GEORGES BROUET

1^{er} ASSESSEUR : DANIEL BARGETON — 2^e ASSESSEUR : JEAN GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel.	CABROL (Ch.)
—	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie path.	DELARUE (J.)
à titre personnel.	NEZELOF (Ch.)
—	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	DESGREZ (P.)
—	POLONOVSKI (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel.	CARTIER (P.)
—	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	
à titre personnel.	BOURLIÈRE (F.)
—	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DJOURNO (A.)
—	DOGNON (A.)
à titre personnel.	KELLERSHOHN (L.)
—	GOUGEROT (L.)
—	ROUCAYROL (J.-Cl.)

	MM.
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale ..	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie.	COUJARD (R.)
—	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel.	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie .	TOURNIER (P.)
à titre personnel.	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expér. et comp.	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel.	LEPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel.	DEJOURS (P.)
Physiologie et biolog. appl.	
aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine prév.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
—	BRICAIRE (H.)
—	CORNET (A.)
—	HOUSSET (E.)
—	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel.	AZERAD (E.)
—	BOUR (H.)

Pathologie médicale à titre personnel	
—	BROCARD (H.)
—	CAROLI (J.)
—	FACQUET (J.)
—	LAMBLING (A.)
—	LAUNAY (Cl.)
—	PAYET (M.)
—	PERRAULT (M.)
—	SIGUIER (F.)
—	WORMS (R.)
—	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire ...	TURIAF (J.)
Pathologie et Thér. gén.	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée ..	MARCHE (J.)

CHAIRES DE CLINIQUES :

MM.

Cliniques :

— cardiol. (Boucicaut) ..	LENÈGRE (J.)
— cardiol. (Broussais) ..	SOULIÉ (P.)
— dermatol. (Saint-Louis).	DUPERRAT (F.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .	DEGOS (R.)
— endocrinolog. (Pitié) ..	DECOURT (J.)
— malad. infect. (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel.	BASTIN (R.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne).	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
— neurolog. (Salpêtrière) .	GARCIN (R.)
à titre personnel.	LHERMITTE (F.)
— neuro-psychiatrie infant. (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
— maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre person. (hématol.)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
— médicales : <i>Bicêtre</i> : DEPARIS (M.) - <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.) - <i>Cochin</i> : PÉQUIGNOT (H.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIETY (M.) - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) - <i>Saint-Antoine</i> : BOLDIN (G.) ; CONTE (M.) ; KOURILSKY (R.) .	
— médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
— Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Sémiol. méd. (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— (Pitié)	RAMBERT (P.)
— (Rothschild).	WOLFROMM (R.)

Cliniques :

— d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel.	GIBERTON (A.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale ...	LAURENCE (G.)
— — —	KUSS (R.)
— — —	N...

CHAIRES DE CLINIQUES :

Cliniques :

— carcinolog. (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel.	BRÉHANT (J.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : BAUMANN (J.) - <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.) .	LORTAT-JACOB (J.-L.) ;
— thérap. chirur. (Vaugirard)	ROUX (M.)

MM.

Cliniques :

— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (<i>Hôtel-Dieu</i>)	DEROT (M.)
— néphrologique (Necker).	HAMBURGER (J.)
à titre personnel.	RICHET (G.)
—	CROSNIER (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
— médicale infantile et de pédiat. sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
— pédiatrie (Trousseau) .	BRISAUD (H.)
à titre personnel.	LESOBRE (R.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel.	POLONOVSKI (Cl.)

Cliniques :

— pneumo-phthisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel.	KREIS (B.)
—	MEYER (A.)
— rééducation motrice ...	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOLUX-LEBARD (M.)
— — —	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel.	FISCHGOLD (H.)
—	TUBIANA (M.)
—	CHERIGIE (E.)

Cliniques :

— rhumatologie médicale et sociale (<i>Cochin</i>)	DELBARRE (F.)
— rhumatol. (Lariboisière).	SÈZE (S. de)
— toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

Path. chirur. à titre person.	RAMADIER (J.)
Physiologie et path. obstét.	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	MONSANGEON (A.)

Séméiologie et Clinique

chirurg. (Broussais)	POILLEUX (F.)
Séméiologie et Clinique chirurg. (Saint-Louis) ..	DEBEYRE (J.)

Cliniques :

— chirurg. orthopéd. et traumatol. (<i>Cochin</i>) ...	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	PADOVANI (P.)

	MM.
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) ..	CAUCHOIX (J.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré)	JUDET (R.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel.	CHIGOT (P.-L.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec).	MATHEY (J.)
à titre personnel.	GAUDART
	D'ALLAINES (Cl. de)
— chir. et gynéc. (Broca).	HUGUIER (J.)

	MM.
— obstétric. (Baudelocque).	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine).	MÉRGER (R.)
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié).	DAVID (M.)
à titre personnel.	LEBEAU (J.)
— ophtalmolog. (Cochin).	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu).	OFFRET (G.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
— stomatol. (Salpêtrière) .	CERNEA (P.)
— urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
— — (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique ...	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale: CARTIER (P.); GONNARD (P.); NORDMANN (J.).		Physique médicale: COURSAGET (J.); GREMY (F.); PELLERIN (P.).	
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie: DURAND (J.); GIRARD (Fr.); HUGELIN (A.).	
Hématologie: BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.).		Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Hygiène: BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.).		Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale: CECCAL (P.); HADENGUE (A.); FOURNIER (E.).			

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.) *pr. s. ch.*

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)	Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
		Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté: M. LENA (J.).	Conservateurs: Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.); LAURENT (H.); LE NOIR (G.).
Conseiller administratif: Mlle CHAINTREUIL (G.).	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine: M. le Docteur HAHN (A.).	Bibliothécaires: Mme CONTET (J.); Mlles DUROZOY (M.-F.); ROBERGE (D.); LE QUANG LINH (G.); REUGE (M.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MARIE-ALINE

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHOT

Professeur Titulaire à Titre Personnel
Chevalier de la Légion d'Honneur (Santé Publique)

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

AU DOCTEUR PHILIPPE RAPPARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Dont l'expérience de psychothérapie dans
les institutions m'a constamment guidé pen-
dant que j'étais interne dans son service.*

En témoignage de ma reconnaissance.

AU DOCTEUR JEAN-YVES ACHALLÉ

Médecin-Directeur du Centre Psychothérapique d'Etampes

*A qui a incombé la lourde charge d'ouvrir
un hôpital nouveau et de lui donner une
histoire.*

En hommage respectueux.

AU DOCTEUR JEAN DEMAY

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*En souvenir de mon passage dans son
service.*

AUX INFIRMIÈRES ET AUX INFIRMIERS
DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE

*Dont la collaboration fut toujours amicale
et qui m'ont aidé à formuler cet essai.*

AVANT-PROPOS

Cet essai n'a d'autre prétention que d'être un témoignage sur une expérience de travail dans un service d'un hôpital psychiatrique récent.

J'ai surtout voulu y consigner les quelques questions que me posait la vie dans un tel service. Je le conçois plutôt comme une espèce de discours brut (en analogie avec l'art brut) que j'aurais tenu au cours d'une des réunions d'évaluation que nous tenions si souvent dans le service.

Les questions y sont donc naïves, les réponses peu élaborées. Ayant l'impression de m'adresser au personnel de mon service, je ne sais si ces interrogations peuvent avoir une résonance ailleurs. A mon insu, j'ai dû parfois employer un ton assez dur et assez pessimiste à l'égard du service. Qu'il n'y voit cependant pas des paroles impartiales : j'étais certes observateur, mais aussi participant à part entière ! A ce titre, ce discours doit être jugé comme tout autre, c'est-à-dire qu'il en dit autant sur son auteur que sur ce qu'il dit.

Ces réflexions doivent beaucoup à une pratique réelle dans un service, mais je n'aurais pas pu les formuler sans l'influence du mouvement de la psychothérapie institutionnelle en France, celle de la phénoménologie existentielle en Angleterre, et aussi les travaux des psychiatres italiens réunis autour de Franco BASAGLIA dans l'équipe de GORIZIA.

INTRODUCTION

Un hôpital-village : LE CENTRE PSYCHIATRIQUE D'ETAMPES

« Il est encore une chose désagréable dans les asiles : c'est le choix des gardiens. Naturellement, il ne faut pas être grand clerc pour remplir ces tristes fonctions de gardien. Mais du moins que l'administration de l'hospice se montre plus sévère dans son choix !

« Règle générale : les gardiens sont bien souvent des déclassés, et ce qui est encore plus grave et dangereux pour les malades, ce sont des alcooliques invétérés, piliers d'asiles dont ils ont été souvent renvoyés pour ivrognerie. »

CAMILLE GELINET *

Le temps n'est plus sans doute où les « médecins de fous font une de ces professions pour lesquelles il faut, dit-on, des gens qui ne réfléchissent pas trop »¹.

Les hôpitaux psychiatriques se sont « humanisés » ; pour les malades ont été créés dans les hôpitaux divers organismes de loisir et de travail. Le « fou », l'« aliéné », s'est rapproché en apparence de la condition de chaque homme ; le décor qu'on a bâti autour de lui : salles claires, bars, salles des fêtes, audition de disques, ateliers d'artisanat ressemble à celui d'un de ces grands ensembles d'habitation qui se répandent dans la région de Paris.

(*) Souvenirs de mon internement à l'asile des aliénés de Tours, du 19 août 1923 au 23 décembre 1925 (Imprimerie Union Coopérative, p. 12).

(1) *Esprit*, « Misère de la psychiatrie », numéro de décembre 1952.

Pour le visiteur non averti, la folie a perdu son triste visage. Il n'y a plus de hauts murs, plus de camisoles de force ; le pauvre Camille GÉLINET ne reconnaîtrait plus les « gardiens de fous » maniant de lourds et menaçants trousseaux de clefs. Il ne verrait plus guère de barreaux aux fenêtres : elles les ont presque toutes perdus. Distinguerait-il encore les aliénés : ils ont quitté l'uniforme, si bien qu'on les confond avec le personnel soignant ou avec les visiteurs !

La folie n'était-elle alors que ces asiles que nous avons construits pour enfermer les fous ? Pourtant, il y a toujours des internements, la loi du 30 juin 1838, certes remise en question depuis pas mal de lustres, est toujours scrupuleusement appliquée, qui régit la perte de liberté.

Mais si le signe de la perte de liberté n'est plus des murs qui enferment, où est-elle alors cette prison ?

C'est dans l'exercice de nos fonctions d'interne au Centre Psychothérapique d'Etampes qu'il nous a paru intéressant de tenter d'élucider cette question.

Le Centre Psychothérapique d'Etampes dont la création avait été décidée par l'ancien Conseil Général de Seine-et-Oise en 1956 et qui fut achevé de construire en 1963, peut en effet être considéré comme un assez bon exemple du nouveau visage de l'assistance psychiatrique après l'introduction d'une chimiothérapie efficace des maladies mentales. La conception de l'hôpital-village, succédant à celle de l'asile-village, ne pouvait d'ailleurs naître qu'avec l'ère neuroleptique. Et l'hôpital d'Etampes, comme celui de Plaisir, Digne, etc., est issu de cette politique visant à construire des hôpitaux qui seraient comme une duplication d'une collectivité humaine réelle. On peut considérer cette conception comme un mélange de théories organicistes et socio-génétistes sur la maladie mentale.

« La maladie mentale réduit, chez ceux qui en sont atteints, l'aptitude à s'intégrer au monde extérieur, et provoque par là même un retour à des modes de comportement plus primitifs. C'est dire que le traitement des troubles mentaux doit viser non seulement à éliminer les symptômes, mais aussi à rétablir les liens entre le malade et le monde extérieur.¹ »

« Dans cette optique de conception psychogénétiste du malade mental considéré comme un être désadapté et désocialisé, l'hôpital psychiatrique est appelé à jouer un rôle essentiel dans sa guérison, sous réserve qu'il réalise un cadre de vie sécurisant et réadaptatif *spécialement conditionné*.

(1) Organisation Mondiale de la Santé, *Cahiers de Santé Publique*, 1960, n° 1.

« Il est nécessaire qu'il offre au malade un environnement matériel et humain réalisant un milieu favorable, sécurisant, à l'inverse du milieu extérieur réel angoissant, que le malade a perdu la faculté d'affronter sans être obligé d'adopter des comportements défensifs pathologiques. ² »

Ouvert en 1963, le Centre d'Etampes est censé servir d'hôpital psychiatrique départemental du nouveau département de l'Essonne. La capacité de l'établissement en 1967 était de 600 lits — soit à peine 1 lit pour 1.000 habitants, si l'on considère que la population de l'Essonne qui était de 500.000 habitants au recensement de 1962 croît de 7 % par an ³. La situation géographique de l'établissement est d'ailleurs fort mauvaise en regard de la distribution géographique de la population qu'il est censé desservir.

Il est en effet situé dans la partie méridionale, agricole, d'un département dont plus des 4/5^e de la population habitent une étroite bande au Nord qui fait partie de la couronne suburbaine de Paris. On trouvera ci-joint une carte de l'Essonne illustrant la distribution géographique par canton et l'éloignement du centre psychothérapique départemental des principales zones de peuplement.

De toute façon, dans sa *capacité actuelle*, le Centre d'Etampes ne peut couvrir qu'un tiers des besoins, tels qu'ils ont été fixés par l'O.M.S. Il est vrai que pour beaucoup d'auteurs, les formes d'assistance psychiatrique modernes, et en particulier extra-hospitalières, ont peut-être tendance à réduire ces besoins en lits. C'est ainsi que Hugh FREEMAN and James FARNDALÉ, dans une étude sur les aspects actuels des services de santé mentale (*New aspects of the mental health services*), constatent de très grandes différences d'un pays à l'autre dans le nombre de lits psychiatriques par habitant, qui serait de 4 pour 1.000 aux Etats-Unis, de 3 pour 1.000 en Grande-Bretagne et seulement de 1 pour 1.000 en U.R.S.S. Ceci ne signifiant d'ailleurs pas une morbidité plus faible, tout au moins en ce qui concerne la schizophrénie et autres psychoses ; la prévalence des névroses étant beaucoup plus difficile à comparer.

De toute façon, en ce qui concerne l'Essonne, seule la zone rurale du Sud est assez bien desservie par le Centre qui se trouve situé dans la seule ville importante de la zone, et qui est aussi l'une des deux sous-préfectures du nouveau département.

(2) FERRAND et ROUBIER, « L'hôpital psychiatrique dans la cité », Direction de l'Equipeement Sanitaire et Social du Ministère des Affaires Sociales.

(3) 700.000 habitants au recensement de 1968.

Les malades de cette zone qui doivent être hospitalisés ne sont donc pas trop coupés de leur milieu familial et professionnel (bien qu'à cet égard quelques difficultés existent en raison du manque d'emplois industriels et tertiaires dans la zone : 25 % de la population active d'Etampes doit chaque jour migrer à Paris pour son travail. L'Essonne, dans son ensemble, avec une population d'âge actif égale à environ celle de l'ensemble du district parisien, n'offre que 2 % de ses emplois).

La zone nord, à l'exception de la ville et de la région de Corbeil, est entièrement tournée vers Paris. Seuls deux secteurs formés par les cantons de Longjumeau et de Savigny sont en théorie dépendants de l'hôpital d'Etampes. En fait, étant donné l'absence de services psychiatriques, les malades proviennent de l'ensemble du département.

Les malades à qui nous avons eu affaire personnellement provenaient de ce secteur et l'éloignement du Centre constituait un obstacle pour les contacts avec la famille, le reclassement professionnel. Ceci était particulièrement gênant pour les névrosés qui, contrairement à ce qu'il en est pour l'asile traditionnel, forment une assez grande proportion des admissions. C'est ainsi que pour le secteur de Longjumeau dans lequel nous avons travaillé, il y avait en 1966 :

- 36 névroses pour 112 admissions chez les femmes ;
- 31 névroses pour 159 admissions chez les hommes.

Les 36 cas chez les femmes sont sortis dans l'année, contre 22 seulement sur 31 chez les hommes.

C'est cette forte proportion de névrosés qui nous a permis de nous interroger sur la valeur d'un tel établissement, où la folie a perdu son masque immédiatement menaçant ou répugnant, comme instrument de thérapeutique psychologique.

C'est donc à la fois le type de malades auxquels nous avons affaire et la conception de base, sociogénétiste, de l'hôpital-village dans lequel nous travaillions qui nous a presque contraints à poser des questions de sociologie hospitalière et de circulation de l'information pour lesquelles une formation médicale pure nous avaient peu préparés.

CHAPITRE 1

MODELE MEDICAL ET READAPTATION INTRA-HOSPITALIERE

1) Revalorisation de l'hôpital psychiatrique

La conception que l'hôpital lui-même peut être thérapeutique n'est absolument pas nouvelle. ESQUIROL, en 1822, remarquait « qu'une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ».

Mais c'est vraiment un peu avant la guerre de 1938-1945 et surtout après qu'on a tenté sérieusement de transformer l'asile, dont le prestige était si bas aux yeux de la société, des pouvoirs publics et, il faut bien le dire, des autorités médicales.

En ce qui concerne le *personnel infirmier*, par exemple, si vital pour n'importe quelle institution psychiatrique, ce n'est qu'en 1938 qu'il a troqué son nom de gardien pour celui d'infirmier. Ce n'est qu'en 1955 qu'un *diplôme national*, de niveau fort modeste d'ailleurs, puisqu'il ne comporte que deux années d'études après le certificat d'études primaires ou un niveau équivalent, donc très loin des recommandations émises par l'O.M.S. à cet égard (*Rapport technique* n° 105). C'est ainsi que, dans le programme officiel, il n'est fait aucune place aux notions générales de psychologie, de psychologie infantile, de psychanalyse et de sociologie que beaucoup jugent indispensables pour que « les infirmiers arrivent à une prise de conscience technique de leurs relations et de leurs rôles quotidiens »¹.

Les infirmiers se sentent d'ailleurs très dévalorisés par rapport aux infirmiers des hôpitaux généraux, titulaires du diplôme d'Etat, et ils

(1) Maurice WAJEMAN, « Considérations sur la formation professionnelle du personnel infirmier des services de neuro-psychiatrie », *Thèse*, Clermont-Ferrand, p. 66.

verraient d'un très mauvais œil que se crée à l'intérieur des services psychiatriques une hiérarchie entre infirmiers, comme c'est le cas aux *Etats-Unis* entre les agents hautement qualifiés que sont les « *Psychiatric nurses* » (au nombre de 14.000 en 1957) et les « *Nonprofessional nursing workers* », de niveau culturel et technique beaucoup plus bas, et qui étaient 90.000 en 1957.

Les médecins des hôpitaux psychiatriques eux-mêmes ne se sont vu accorder le statut de médecin d'hôpital de deuxième catégorie, premier groupe, que depuis 1968. Jusque-là, ils ne se considéraient pas comme des médecins à part entière.

On peut donc affirmer que l'asile lui-même, devenu depuis 1938 « Hôpital psychiatrique », puis « Centre psychothérapique », les infirmiers, les médecins ont été *beaucoup revalorisés* depuis une trentaine d'années.

2) Est-il devenu plus thérapeutique ?

C'est cette question que nous avons eu constamment à l'esprit lors de notre travail à Etampes.

Il nous a semblé en effet qu'il ne suffisait pas de changer le décor de la folie, « la coquille » de l'institution, d'être en somme « plus présentable » pour que le vieil asile soit mort. Il est facile de le dire, beaucoup moins de le montrer.

Il serait dangereux, comme on a peut-être tendance à le faire depuis quinze ans, de présenter l'hôpital psychiatrique pour ce qu'il n'est pas. Ceux qui travaillent dans une telle institution ne seront vraiment « reconnus » à leur juste valeur par la société que s'ils la reconnaissent eux-mêmes ayant une *valeur thérapeutique* et *formatrice*.

On parle beaucoup de « révolution psychiatrique » et même de « *Fourth psychiatric revolution* », comme L. LINN, dans le numéro de février 1968 de l'*American Journal of Psychiatry*, mais il faut peut-être se méfier : l'essayiste social américain P. GOODMAN, dans un ouvrage critique sur l'éducation², notait que rien ne pesait davantage sur nous que le poids des révolutions manquées. L'échec de la révolution psychiatrique risquerait de nous ramener loin en arrière.

Se battre pour un hôpital où ne règne pas l'inertie totale est la seule manière pour que ne soit pas reconstitué ce lieu géométrique du rejet que risquent d'être les néo-renfermeries de « chroniques » ou d'irrécupérables. Réclamer, comme le font les internes, que l'hôpital psychiatrique ait un rôle dans la formation des psychiatres ne peut

se concevoir que si l'asile n'est plus ce lieu d'étouffement de toute plainte, de tous les symptômes — condamnant ceux qui y vivent, ceux qui sont censés être soignés et ceux qui sont censés y soigner, à l'inertie dissolvante que l'expression barbare de « *vésanisation* » exprime assez joliment.

3) Psychiatrie médicale et bureaucratie

Dans un hôpital départemental régi par la loi de 1838, toutes les catégories de malades sont admises : depuis les cas les plus organiques (par exemple état démentiel provoqué par une métastase cérébrale d'un cancer bronchique à la phase terminale) jusqu'aux désordres les plus fonctionnels. Il n'y a aucun triage et, dans un service de 150 lits divisés en trois pavillons mixtes de 50, tous les types de malades, aigus et chroniques, organiques et fonctionnels, jeunes et vieux, sont mélangés.

C'est ainsi qu'au 31 décembre 1966, la population du service se répartissait de la manière suivante :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%
Ethylisme	29,48 %	5,55 %	21,34 %	14,06 %
Névroses	10,25 %	11,11 %	11,01 %	
Inadaptés sociaux (déséquilibrés)	7,48 %	4,16 %	2,67 %	
Maniaco-dépressive	2,56 %	8,32 %	5,34 %	
Schizophrénies	26,78 %	9,72 %	17,34 %	psychoses 28,6 %
Etats délirants	9,62 %	0,93 %		
Démences	8,01 %	40,24 %	26,34 %	Défectologie 36,24 %
Arriérations	6,41 %	13,88 %	10,00 %	
Nombre de malades au 31 décembre 1966	78	72	150	

On voit donc, d'après ce tableau, qu'un pavillon mixte de 50 malades est un véritable pandémonium, où les éthyliques et les schizophrènes hommes font face à des démentes séniles. La confusion la

(2) « Growing up absurd », New York, Random House, 1961.

plus grave provient de ce que se trouvent, côte à côte, des malades qui doivent être traités par des méthodes rigoureusement médicales et d'autres qui devraient échapper au modèle médical d'organisation de soins. Le résultat le plus commun, c'est que les névrosés, les déséquilibrés, les adolescents déviants, les schizophrènes sont abordés par des méthodes qui les réduisent à des symptômes et à des signes, selon le *modèle neurologique*, alors qu'aucune lésion anatomique, aucune perturbation physio-pathologique spécifique n'ont jamais été rencontrées et qu'aucun type de « traitement » ne s'est jamais vu reconnaître une valeur générale ³.

Malgré cela, il semble y avoir une *complicité inconsciente* entre le point de vue de l'administration que nous qualifions ici de *bureaucratique*, sans nuance péjorative, caractérisé par une circulation de l'information, purement verticale, *du sommet à la base* et *l'approche médicale de la maladie mentale* pour transformer la personne admise à l'hôpital en un « *invalidé social* ».

C'est cette complicité que David COOPER s'est efforcé de mettre en lumière dans son essai de phénoménologie existentielle : « *Psychiatrie et antipsychiatrie* ». Considérant « qu'il n'y a pas de technique d'invalidation plus respectable, et même sacrosainte, que celle qui a la bénédiction de la science médicale » ⁴, il s'attache à remettre

(3) Si cette proposition est généralement acceptée pour les névroses, où une étiologie organique est écartée par presque tous les psychiatres, elle risque de faire problème en ce qui concerne la schizophrénie. Pourtant, la situation n'a guère changé depuis le second Congrès International de Psychiatrie, tenu à Zürich en 1957, qui fut entièrement consacré à la schizophrénie, et dont Silvano ARIETI peut dire, dans l'*American Handbook of Psychiatry*, qu'il a « montré l'absence d'une approche qui permette d'intégrer les différentes données rapportées par les auteurs », au point qu'il « n'y a pas une seule conception sur la schizophrénie qui ne soit remise en doute ou rejetée par d'autres auteurs. Le nom même de schizophrénie fut mis en question ».

Et bien que la ou les schizophrénies soient peut-être à la frontière entre l'organique et le psychique, à la jonction du corps et de l'âme, nous ne pouvons qu'enregistrer les éléments négatifs qui permettraient d'en faire une entité clinique abordable par le modèle médical, et adopter l'optique de LAING et ESTERSON dans *Sanity, madness and the family*, qui décident d'utiliser l'expression « schizophrène » pour qualifier une personne, une expérience ou une conduite dans la mesure où cette personne, cette expérience, cette conduite sont considérées attester cliniquement la présence d'une « schizophrénie ». C'est-à-dire qu'il n'est pas attribué à cette personne des expériences et des comportements qui seraient simplement humains, mais sont le produit d'un ou de plusieurs processus pathologiques, mentaux ou/et physiques dont la nature et l'origine sont inconnues.

Ceci ne signifie bien sûr pas qu'il faille tenir pour sans perspective les recherches génétiques, biochimiques, métaboliques, anatomiques ou chimiothérapiques, mais que dans la *pratique* de la schizophrénie en institution, on ne peut encore agir que comme si le modèle médical n'était pas recevable.

(4) « *Psychiatry and antipsychiatry* », préface pp. x et xi, Londres, Tavistock publications.

en question « la pertinence du mode médical ou pseudo-médical d'envisager les choses en ce qui concerne l'action dans ce champ du comportement humain dont la psychiatrie s'occupe », et à illustrer le point de vue que « la psychiatrie, dans une très grande part de son champ opératoire, a participé à l'invalidation systématique d'une large catégorie de personnes ». Et plus loin, dans le chapitre « Violence and psychiatry », il remarque⁵ que « non seulement un lit matériel attend le malade dans le quartier psychiatrique, mais aussi un lit de Procruste formé par les préconceptions du personnel auquel il doit s'ajuster, quelle que soit la mutilation de sa réalité personnelle. La violence qui commence dans sa famille est perpétuée dans le quartier psychiatrique traditionnel » en dépit de « progrès apparents exprimés par des ren-gaines telles que "open doors", "permissivité", "informalité", etc., qui ne servent qu'à masquer le fait bien plus important que l'hôpital psychiatrique n'a pas avancé d'un pouce depuis l'époque de Kraepelin ».

En fait, d'un certain point de vue, l'hôpital psychiatrique a constamment changé depuis cette époque. La psychiatrie n'est peut-être d'ailleurs que l'histoire des institutions hospitalières. Dans un hôpital-village comme celui d'Etampes, la doctrine officielle est celle de la « thérapeutique active » des maladies mentales ; le traitement est avant tout conçu comme une rééducation. L'accent est mis sur la *réadaptation hospitalière*, axée sur le travail thérapeutique, les loisirs, les sports, les clubs de malades.

En somme, l'hôpital met en place une série d'activités qui servent un peu de tests de réadaptation : ceux qui les passent avec succès peuvent être récupérés par la société.

Dans cette optique, le seul critère est l'*adaptation* aux structures hospitalières, avec le risque inhérent de reconstituer une société néo-asilaire aux tendances sado-masochistes. Ainsi que le remarque DEVEREUX⁶, « l'adaptation n'est pas, du point de vue psychiatrique, un signe de santé mentale : le conformisme peut prendre des formes pathologiques, en particulier sado-masochistes ». Par ailleurs, « la désadaptation est plutôt une conséquence que la cause des troubles mentaux et elle pose au psychiatre plus de problèmes qu'elle ne peut lui servir de critère ». Et d'ailleurs ne faut-il pas penser avec K. GOLDSTEIN que « l'adaptation doit être forcément relative, changeante comme le milieu, que l'homme sain c'est celui qui est capable de

(5) *Ibid.*, p. 28.

(6) George DEVEREUX, « Normal and abnormal : the key problem of social psychiatric anthropology ».

riposter à un monde complexe et mouvant, qui peut inventer à chaque instant de nouvelles normes de conduite, qui s'ajuste moins au monde qu'il n'est capable de le modifier » ⁷.

La réadaptation intrahospitalière risque donc d'être complice de l'invalidation du malade, tout comme le *modèle médical* dans lequel il est nommé ou l'*administration* qui lui distribue tout ce qui fait sa vie matérielle quotidienne. « Le malade entre ainsi dans une société nouvelle, fortement hiérarchisée, à mobilité bloquée, à *communication imposée* », comme l'exprime CAUDILL, ce qui l'amène à proposer une « *image géologique de l'institution hospitalière* » qui serait formée de deux couches sociales séparées, avec seulement des relations informelles entre malades, médecins, administrateurs et gardiens. Il ajoute d'ailleurs un peu plus loin que « seul l'infirmier peut jouer s'il le veut et s'il n'est pas trop accablé par sa tâche, un rôle d'*intermédiaire* entre deux mondes séparés » ⁸.

Ce dernier point nous paraît d'ailleurs capital en ce qu'il esquisse, ce qui peut faire contre-pied à l'organisation bureaucratique d'une institution hospitalière quelle qu'elle soit. C'est ce groupe d'infirmiers, le groupe de « soignants » qui, dans les perspectives actuelles de la psychothérapie, dans les institutions, est de plus en plus investi du pouvoir thérapeutique, ce qui amène *nécessairement un conflit* avec l'optique traditionnelle de l'asile médicalisé et hiérarchisé. C'est ce conflit que nous voudrions maintenant examiner tel qu'il nous est apparu au Centre d'Etampes.

(7) K. GOLDSTEIN, « La structure de l'organisme ».

(8) W. CAUDILL, « Social structure and interaction processes on a psychiatric ward », *Amer. Journal of Psychiatry*, 1952, XXII.

CHAPITRE II

PSYCHOTHERAPIE ET BUREAUCRATIE

La psychothérapie est-elle possible dans les services bureaucratisés et hiérarchisés des hôpitaux psychiatriques ?

A l'occasion d'une journée de regroupement organisée par les C.E.M.E.A. tenue à Etampes en 1967, à laquelle participaient des infirmiers, médecins, internes, psychologues d'une dizaine d'établissements psychiatriques de la région du Centre et dont le thème était : « La notion de soins psychiatriques en 1968 », nous avons présenté une intervention critique dans laquelle nous posions *trois séries de questions*, telles qu'elles ressortaient des réunions préparatoires à cette journée que nous avons eues avec les infirmiers du service.

1) *Il ressortait de ces réunions qu'une espèce de consensus s'établissait dans le personnel pour définir les soins comme une tentative de réadaptation sociale. Mais cette réadaptation devait-elle se faire par la création d'une société hospitalière où seraient reproduites les mêmes conditions de vie qu'au dehors ? Ces conditions impliquant :*

- *la séparation entre loisirs et travail, avec en particulier la possibilité de loisirs uniquement si l'on avait bien travaillé ;*
- *l'obéissance à la discipline et à la hiérarchie. Avec comme conséquence l'idée que le malade peut être un jour à même de supporter les frustrations que toute personne doit affronter dans la vie courante au dehors ;*
- *la profession d'exhortations de type moral du type : « Tiens-toi bien, d'où viens-tu ? Qu'est-ce que tu fais ? etc. » ;*
- *attitude pédagogique. Le malade étant à la limite conçu comme un incapable social même si son incapacité de travailler et de se conformer est due à une angoisse névrotique ou psychotique bien réelle.*

2) *Est-il possible*, dans un service de 150 malades, de faire autre chose que d'*organiser* la vie collective selon les principes de toute institution collective :

- *nécessité* d'une hiérarchie, d'un ordre imposé, de non-démocratie et de non-participation ;
- *répression* des pulsions de toute nature et de *sanction* en face d'un comportement inhabituel et perçu automatiquement comme une *transgression* majeure mettant en danger tout l'*ordre mythique* (c'est-à-dire non-dit ou inconscient ¹).

Comme exemples assez fréquents de comportements inhabituels les plus souvent *signalés* dans les « *cahiers de rapport* », on peut relever : l'évasion, un acte sexuel (homosexuel ou hétérosexuel), la tenue de propos grossiers, des manifestations d'agressivité, le refus de travailler. (D'une certaine façon, on retrouve les mêmes préoccupations dans les sujets d'examens qui sont présentés dans chaque région aux élèves infirmiers, en particulier dans l'épreuve qui consiste précisément en la rédaction d'un « rapport » sur le comportement d'un malade ou un incident. C'est ainsi que pour les années 1962-1963, nous n'avons compté pas moins de 14 sujets consacrés à des comportements agressifs ou à une sortie de l'hôpital sans autorisation.)

On peut aussi exprimer ce point en termes d'*échanges* :

En échange de la satisfaction des *besoins essentiels* : nourriture, toit, propreté, par l'institution, le malade doit *renoncer* à ses autres besoins, en particulier sexuels. C'est donnant-donnant : la vie matérielle en échange de l'obéissance au système de communications qui régit précisément cette vie matérielle.

La question se pose alors de savoir si on a les moyens de laisser s'exprimer ces autres « besoins » sans remettre en péril tout le système dont nous vivons nous aussi (et peut-être encore bien plus que les malades qui, eux, ne sont pas payés pour ça).

Ceci concerne d'autant plus les infirmiers que le médecin-chef des hôpitaux psychiatriques n'a pas la charge directe de la répression de la vie quotidienne, et comme le dit BONNAFÉ, « il n'a jamais disposé

(1) La nature mythique ou inconsciente est le plus souvent méconnue. Ainsi que le remarque Talcott PARSONS, « la psychothérapie consciente est la partie de l'iceberg qui émerge au-dessus de l'eau. Une partie beaucoup plus considérable est immergée. Son existence même passe inaperçue de la plupart des psychiatres » (« *Éléments pour une sociologie de l'action* », Plon, 1955, p. 253). On peut ainsi suggérer que le rôle de la psychothérapie dans les institutions serait de dévoiler les mythes, « ces paroles qui transforment l'histoire en nature », comme le dit Roland BARTHES dans « *Mythologies* », et qui, sous un masque d'innocence, sont la vraie matrice de la vie sociale.

d'un pouvoir absolu. Pour les choses ennuyeuses, il est bien content qu'un infirmier ou un surveillant le fasse. Ne pas se salir les mains devient son *leit motiv* » ².

3) *Est-ce que cette pratique du soin* qui vise à une réadaptation par le moyen d'un « écrasement des symptômes » de la folie ne passe-t-elle pas à côté de la question posée par la maladie mentale ?

Le fait que, dans nos réunions, nous nous sommes posés des questions à propos des éthyliques impénitents ou des adolescents caractériels dans un but de trouver le meilleur moyen pour mettre bon ordre à leurs excès, et que nous n'avons pratiquement jamais parlé des *schizophrènes*, qualifiés d'« asymptomatiques » (c'est-à-dire qui ne viennent pas troubler l'ordre), ne révèle-t-il pas notre refus d'aborder les « vrais » malades mentaux. En considérant inconsciemment que nous ne pouvons rien pour ceux qui ne font pas parler d'eux-mêmes, ne renonçons-nous pas d'emblée à toute tentative psychothérapique ?

C'est cette dernière question que nous voudrions développer maintenant.

Dans le service où nous travaillions alors, inspiré par le courant de la *psychothérapie institutionnelle* qui s'est considérablement développée en France depuis la guerre jusqu'à la constitution, le 31 octobre 1965, de la Société de Psychothérapie Institutionnelle, la maladie mentale proprement dite (c'est-à-dire à l'exclusion des troubles mentaux d'origine organique manifeste) ou la « folie » pouvait être définie comme l'organisation chez un sujet de demandes telles qu'elles n'ont pas de répondant à l'intérieur d'une société donnée et qui, de ce fait, doivent être réduites au *silence*. Le sujet qui formule ces demandes est ainsi condamné au soliloque (au sens propre et au sens figuré) ³ et à l'hôpital psychiatrique.

Dans l'optique psychanalytique, la psychothérapie institutionnelle considère ou veut considérer par *principe* que ces demandes sont incompréhensibles par les autres dont nous, médecins, non seulement à cause de notre « handicap culturel » (SULLIVAN), mais parce que les avatars du désir, les « vicissitudes des instincts » les ont transformés en productions que nous nommons « symptômes » ou « folie ». Ce qui

(2) L. BONNAFÉ, « Argument sur la hiérarchie », *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, n° 4, p. 119.

(3) La remarque de A. MARTINET est à cet égard très instructive. Il note, en effet, « qu'il est remarquable que les sociétés répriment par la raillerie le *soliloque* », c'est-à-dire l'emploi du langage à des fins purement expressives. Tout indique d'ailleurs que la langue de chacun se corromprait vite, n'était la nécessité de se faire comprendre (« *Éléments de linguistique générale* », p. 13).

nous met en position, comme l'exprime J. LACAN, de « n'analyser jamais à proprement parler des symptômes, mais les paroles d'un sujet ».

L'admission à l'hôpital psychiatrique, cette espèce de réserve de soliloquants, va-t-elle enfin apporter à celui qui n'a plus de lieu pour se faire entendre, une possibilité autre qu'une « narcose narcissique » ? En d'autres termes, y a-t-il place pour l'écoute *psychothérapique* dans un service psychiatrique ?

Il peut paraître paradoxal de poser une telle question si l'on songe que tous ceux qui travaillent dans ces services s'attendent que de la « psychothérapie y soit faite » (c'est d'ailleurs pourquoi le mot psychothérapique tend officiellement à remplacer le mot psychiatrique pour désigner les institutions de soins aux malades mentaux ; l'un et l'autre signifient pourtant la même chose, au moins étymologiquement, si bien que le changement de dénomination passe un peu pour un aveu).

Mais pourtant, bien que de nombreux centres soient qualifiés de psychothérapiques, il n'y est parlé qu'avec gêne de psychothérapie ; tout le monde se sent plus à l'aise avec les mots ergothérapie, sociothérapie, chimiothérapie qui très souvent ne recouvrent en fait que des *moyens pédagogiques* classiques, et de ce fait voués à l'impuissance dans la mesure où ils *éludent la question* de l'impossibilité pour le malade d'inscrire sa demande de manière directement compréhensible pour le commun des mortels.

Non que l'ergothérapie ne soit pas indispensable comme seul cadre matériel réel où puisse exister un langage commun entre ceux qui soignent et ceux qui sont soignés ; mais sans *écoute* de ce langage, sans *contrôle* de ce qui passe et de ce qui se passe effectivement, l'atelier ergothérapique ne diffère en rien d'un atelier ordinaire et ne sert le plus souvent que d'alibi : du moment qu'« ils » travaillent, « on » est tranquille, ou de fief pour un ergothérapeute qui ne souhaite pas non plus être dérangé dans ses habitudes.

En fait, à son admission, le malade *rencontre* la bureaucratie soignante qui est par nature antipsychothérapique : elle régit de manière *totalitaire*, bien que souvent bienveillante, comme c'est le cas à Etampes, le cadre matériel qui dicte sa vie. La bureaucratie soignante a un *projet* pour le malade : qu'il soit « malade », qu'il se conforme à son statut de malade tel qu'il est inconsciemment tissé dans un réseau de mythes.

Peu importe à cet égard le degré de sévérité, de liberté, de permissivité, de bon-vouloir, etc., l'important est que le malade se trouve face à une organisation humaine qui *veut* quelque chose à sa place et que lui-même ignore. A la limite, tout est permis au malade, sauf de se manifester comme désir.

A nouveau, il est *rejeté dans le soliloque*, ce qui s'exprime dans les préoccupations des infirmiers psychiatriques telles qu'elles ressortent de l'examen des cahiers de comportement (anciennement cahiers de « rapport ») rédigés par les infirmiers : les mots « apathie », « inertie », « clinophilie », « incapacité sociale », « clochardise », etc., y reviennent constamment, révélant ainsi l'image que l'infirmier a de son rôle social. (Voir note sur l'attitude des infirmiers psychiatriques telle qu'elle apparaît dans les divers rapports écrits qu'ils doivent rédiger.)

Face à ce qui est censé être l'inertie « *sui generis* » des malades et qui n'est bien souvent en fait que le besoin d'un « garde-fou » (aux deux sens du mot !) contre l'angoisse que le « collectif soignant » ressent à la perspective de voir la « collectivité soignée » risquer de lâcher les amarres et de dériver hors les eaux permises à la folie par la société dans son ensemble, la bureaucratie soignante s'efforce de mettre en place toute une organisation d'activités et de loisirs « octroyés » dont on pense qu'ils vont avoir pour effet de réveiller la Belle au bois dormant. Mais aucun exemple de réveil n'est connu : peut-être est-il significatif que nulle part, il ne se soit jamais produit de révoltes « collectives » de « fous », comme il y en a toujours eu dans toutes les autres collectivités humaines : écoles, universités, usines, grosses propriétés rurales, prisons, etc. On peut suggérer à cet égard qu'une révolte ne peut naître que contre un pouvoir nommé comme tel, *démasqué*, en quelque sorte, comme régissant la vie réelle de la collectivité dans un *but*, contesté certes, mais non absurde. Tandis que les institutions assignées aux malades mentaux n'auraient d'autre but que de les réduire à une collectivité sans but, une sorte de « non-collectivité » *dépourvue de toute « loi » exprimée*. A la place de lois, il n'y aurait que de simples barrières en deçà desquelles tout est permis. C'est justement un des buts de la psychothérapie institutionnelle que de remplacer les barrières par des lois, dans l'hypothèse que les barrières bloquent toute possibilité de circulation de paroles et d'informations, alors que seules des lois peuvent la faciliter.

Quelques exemples de barrières méritent d'être examinées plus en détail.

1) Mythification des thérapeutiques médicales

Un des mythes circulant et des plus actifs que reprend à son compte la bureaucratie soignante est de considérer la maladie mentale comme un « corps étranger », comme une mauvaise dent à extraire. Ceci se traduit par l'intérêt que portent bien des infirmiers et bien des psychiatres à la partie active et manuelle de la thérapeutique : psycho-

chirurgie, cures de Sakel, électrochocs, cures de sommeil ou prescription de produits neuroleptiques ou antidépresseurs à des doses si élevées qu'elles contraignent le malade à rester au lit. C'est ainsi que la question rituelle devant un malade qui ne guérit pas assez vite ou qui ne guérit pas du tout est le plus souvent : « Qu'est-ce qu'on peut faire *pour* ce malade ? » En fait, on peut interpréter la question comme signifiant : « Que peut-on faire sur ce malade ? » Il y a là inconsciemment une demande d'exorcisme assez primitive.

Ceci ne signifie pas, à nos yeux, que les thérapeutiques biologiques soient sans valeur en elles-mêmes : bien au contraire, elles ne s'opposent par elles-mêmes en rien à l'écoute psychothérapique. FREUD lui-même pensait qu'un jour la psychanalyse pourrait être remplacée par des substances pharmacologiques qui seraient réellement une thérapeutique étiologique, car il ne doutait pas qu'en dernière analyse tout trouble psychologique avait son inscription dans un point précis de l'organisme. On peut d'ailleurs tenter aujourd'hui de voir plus loin : au lieu de diluer la maladie mentale dans une sociothérapie assez floue, on peut la considérer comme une certaine organisation linguistique de *demandes*, ce qui la rattacherait à une logique peu différente de la logique biologique et peut-être même penser, comme J. LACAN, que « la logique du phantasme c'est la logique du corps ». C'est peut-être à ce niveau que se reconstituera une unité entre médecine du corps et médecine de l'esprit : par l'identité des modèles logiques.

2) Hiérarchisation selon le modèle de l'hôpital général

Si l'on peut parler de « bureaucratie soignante » à propos d'un hôpital psychiatrique, c'est surtout en raison de la rigidité de la hiérarchisation du personnel soignant.

Sans parler du cloisonnement entre les différents services, on peut au niveau d'un service de 150 malades, comme à Etampes, observer que le médecin-chef de service est pratiquement le chef suprême, ressenti d'ailleurs comme tel par le reste du personnel. Ses subordonnés immédiats : surveillant-chef, surveillants-adjoints, collectent les informations dans les cahiers de rapports rédigés par les douze chefs d'unité (un chef par équipe : soit deux par jour dans chaque unité de vingt-cinq malades) et retransmettent dans les pavillons les décisions prises par le médecin-chef : changement de traitement, permissions de sortie, etc.

Le médecin-chef a non seulement pouvoir de décision en ce qui concerne les malades, mais, assisté des surveillants qui en ce domaine possèdent le plus d'informations, donc la réalité du pouvoir, il doit

juger en permanence le travail des infirmiers ; en particulier, il a le droit de muter les infirmiers d'un pavillon à l'autre ou même d'un service à l'autre et il attribue chaque année à chaque infirmier des *notes* qui jouent un rôle déterminant dans la répartition de la prime de service et dans la détermination du tableau d'avancement.

Cette hiérarchie d'un type un peu féodal est censée garantir un fonctionnement efficace. En fait, de ce point de vue, l'hôpital psychiatrique n'est qu'une caricature un peu dérisoire d'un hôpital général.

Un fonctionnement hiérarchisé et hautement discipliné peut se justifier dans un hôpital général : en médecine et en chirurgie, on peut penser que l'extrême rigueur scientifique qui doit de plus en plus spécifier l'activité quotidienne des services, ne peut être assurée que par une rigueur comparable de l'organisation sociale. Ceci est d'ailleurs contesté par beaucoup qui considèrent plus efficace un système d'organisation moins rigide permettant une plus grande diffusion des informations. Ils observent que compétence et position dans la hiérarchie ne doivent pas nécessairement aller de pair. On peut en effet comparer l'hôpital à une entreprise quelconque.

C'est ainsi que, dans une entreprise, compétence et commandement sont deux fonctions distinctes : être compétent, c'est être capable de dire ce qu'il faut faire ; commander, c'est tenir sous sa dépendance l'individu auquel est destinée la spécification de l'homme compétent, c'est contrôler son travail.

Mais compétence et commandement, tout en étant des notions distinctes, sont fondus au sein de la même structure : tous les hommes compétents n'exercent pas un commandement, mais tous ceux qui exercent un commandement sont le plus souvent compétents. La fonction de la hiérarchie est de gouverner l'entreprise : elle doit savoir où l'on veut aller, choisir ; or, il n'y a pas de choix sans connaissance du réel et du possible, ni sans la *possession des compétences* que requiert cette connaissance.

D'un double point de vue, le système de gestion hiérarchisée peut être relativisé et situé dans un cadre plus vaste.

a) LA PSYCHO-SOCIOLOGIE INDUSTRIELLE montre que les phénomènes de collectivisation et d'autonomie sont la manifestation d'un besoin fondamental de communication ; la très classique expérience d'Elton Mayo, à la Western Electric, l'indique assez : la productivité de l'atelier était accrue si on laissait une très grande autonomie aux ouvrières.

b) LA CYBERNÉTIQUE DE L'ENTREPRISE aboutit à une relativisation analogue du système de gestion hiérarchique. L'analyse de la gestion d'une entreprise (analyse que font de plus en plus d'entreprises en vue d'automatiser le ramassage et l'élaboration par ordinateur des données

nécessaires à la gestion) fait apparaître des fonctions, des données de départ, des décisions, des circuits de transmission et des feed-back de contrôle : elle s'effectue sans rencontrer une seule fois les notions de hiérarchie, de pouvoir, de commandement, d'autorité. L'analyse de la gestion découvre que la *gestion* est une affaire d'*informations*, non de *pouvoir*, que c'est l'information qui la fonde qui donne à la décision son caractère d'ordre, non le niveau hiérarchique auquel la décision a été prise.

Il est certain que ces données ne peuvent être transposées directement au fonctionnement d'un hôpital. Le but d'une entreprise est assez clair : il s'agit pour elle de produire au moindre coût le plus grand nombre possible d'objets ou d'effectuer le maximum d'opérations possible. Le but d'un hôpital, simple en théorie : soigner le plus efficacement possible le plus grand nombre possible de malades, n'est pas facile à réaliser étant donné le nombre de variables qui ne peuvent être quantifiées comme dans une entreprise. On ne peut donc pas affirmer que la hiérarchisation nuit au but qu'il s'est fixé. Mais il n'est pas exclu que l'introduction d'ordinateurs dans les hôpitaux ne conduise de la même manière à relativiser cette hiérarchie.

Dans un service psychiatrique, le rôle objectif de la hiérarchie est de bloquer le système de communications. L'ambiguïté provient que le but d'un tel service est encore moins fixé : si en médecine et en chirurgie, on sait ce qui à un moment donné de la science est le plus efficace pour guérir tel ou tel malade, il n'en est malheureusement pas de même en *psychiatrie* : en dehors de quelques données épidémiologiques, d'ailleurs très imparfaites du point de vue de la standardisation, on ne dispose d'à peu près aucune donnée quantitative.

La hiérarchisation n'est pas, à l'inverse des services médicaux, fondée sur des compétences techniques précises, irréfutables. Ce ne peut être qu'une espèce de comédie qui mesure plutôt le degré de servilité et d'acceptation du système, presque totalement dépourvue de rationalité.

Bien sûr, la question reste ouverte de savoir si, dans un avenir proche ou lointain, une psychiatrie rigoureusement médicale ne pourra pas voir le jour. On peut seulement constater que la rationalité médicale n'a pas jusqu'ici apporté, en psychiatrie, les mêmes résultats qu'en médecine qui ont fait que cette rationalité n'est plus contestée par personne et qu'il n'y a plus d'autre médecine que scientifique.

On peut toutefois partir d'une autre hypothèse qui est la nôtre et qui vise à introduire la rationalité en psychiatrie en ne confondant plus son objet avec celui de la médecine, tout au moins provisoirement.

On fait ainsi l'hypothèse essentielle que la rationalité de la psychiatrie est à chercher dans l'ordre du langage.

3) Visée purement symptomatique de la thérapeutique

A première vue, il paraît difficile de prescrire autre chose que des traitements symptomatiques chez les malades mentaux : en dehors de la paralysie générale et de quelques oligophrénies métaboliques (dont le traitement diététique est d'ailleurs beaucoup plus préventif que curatif), il n'existe pas de thérapeutique étiologique organique. On procède donc par empirisme et on s'efforce, par des moyens divers, mais surtout chimiothérapiques, d'éliminer les symptômes qui sont les plus *gênants pour la collectivité*. Il y a là quelque chose qui va à l'opposé de l'esprit de la médecine : dans la pratique médicale, même si un traitement étiologique n'est pas possible, on essaye de débarrasser le malade des symptômes qui sont *gênants pour lui* ; le groupe social ne sert pas de référence.

Tandis que dans la pratique psychiatrique d'hôpital, le critère du symptôme est d'*emblée social*⁴. Le symptôme est *attribué* au malade par la collectivité : le but pour elle est de le faire disparaître et rien d'autre. Comme maintes études l'ont montré, ce que le groupe appelle symptôme n'est bien souvent d'ailleurs que l'expression de son propre fonctionnement à lui. C'est même souvent par un « symptôme », chez un malade, que se révèlent des conflits entre les divers membres d'une équipe ou entre deux équipes. C'est là que l'opposition entre l'attitude d'écoute psychothérapique et le désir inconscient de la bureaucratie soignante est la plus manifeste et la plus violente.

a) L'UNE DES HYPOTHÈSES ESSENTIELLES DE NOTRE TRAVAIL PSYCHOTHÉRAPIQUE, c'est que la folie (on peut appeler ainsi n'importe quel symptôme pour lequel le malade a été chassé de son milieu habituel, indépendamment bien sûr de toute attitude d'étiquetage, ou « éthiquetage » — presque sans jeu de mots — nosographique) a un *sens* pour un sujet, mais que ce sens n'est pas directement perceptible par nous qui l'interprétons comme *bruit* non pertinent et non transmissible comme un *message* par le sujet.

Le symptôme qui amène le malade à l'hôpital n'est en somme que la surface que nous voulons bien percevoir. Nous l'appelons folie dans la mesure où nous n'y voyons qu'un *non-sens*, où nous n'y entendons qu'un bruit qui viendrait perturber la *série de messages* que nous avons constamment besoin d'entendre pour être des humains normaux dans cette société. Derrière ce non-sens, nous savons bien, en tant

(4) Le fait que le chef de service soit appelé médecin-chef traduit bien cette signification sociale du symptôme : on pourrait en effet penser que les deux termes « médecin » et « chef » sont contradictoires entre eux.

que psychothérapeutes, que se cache un sens qui ne peut émerger que si le « fou » est mis dans une situation telle qu'il puisse *dire* quelque chose qui fasse sens pour nous, telle que le bruit qu'il émet soit *transmis* et *reçu* comme parole ou message : il ne s'agit pas seulement de transformer l'émetteur pour qu'il devienne audible, mais le récepteur aussi doit être transformé pour recevoir des messages inhabituels.

Cette situation particulière d'écoute ne peut être créée que si le symptôme est mis entre parenthèses. La différence avec l'attitude médicale apparaît ici évidente : en médecine, le symptôme seul doit être reçu comme message si l'on veut aboutir à un diagnostic ; le reste de ce que raconte le malade, les « bruits », doit être négligé et il faut intervenir activement par un interrogatoire pour focaliser le discours et éliminer les bruits non pertinents.

Si la situation privilégiée d'écoute est la situation psychanalytique pure qui en réalise une espèce de modèle expérimental bien codifié par des règles précises et sans interférence de bruits extérieurs, on peut se demander comment elle peut être réalisée dans une institution où la parole du malade est sans cesse menacée d'être noyée dans les règlements édictés par la bureaucratie soignante et brouillée par la vie quotidienne. En fait, on peut dire que, dans aucune institution, des résultats précis ont été acquis à ce sujet. La psychothérapie institutionnelle en est encore à un stade initial et il ne semble pas qu'on dispose encore d'un modèle expérimental satisfaisant.

Toutefois, l'essentiel de notre travail dans cette perspective et notre attitude ne peuvent être que l'écoute sans préjugés et surtout le *contrôle permanent* de ce que nous mettons en place pour la favoriser : ateliers ergothérapiques, réunions de malades ou d'infirmiers, constitution de clubs de malades, prescription de psychotropes susceptibles de lever les inhibitions, etc.

Sans ce contrôle permanent, c'est-à-dire quotidien, tout ce que nous mettons en œuvre dégénère pour devenir un instrument de plus pour bloquer la circulation de paroles.

b) L'ATTITUDE DE LA BUREAUCRATIE SOIGNANTE EST EXACTEMENT INVERSE. En effet, elle aborde *de face* la « maladie mentale », c'est-à-dire le symptôme ou l'ensemble des symptômes qui rendent le malade insupportable pour la société, représentée selon les cas et de manière très concrète par les employeurs, l'époux, l'épouse, les parents, les enfants ou tous à la fois ; à ses yeux, le symptôme est ce qu'il faut supprimer par tous les moyens, et tous les moyens ou presque sont bons. Ils varient d'un service à l'autre et font partie des folklores locaux.

Le plus grave est qu'on se croit justifié d'affubler d'une valeur thérapeutique ce qui n'est toujours qu'une méthode répressive. Une camisole était une camisole et il ne venait à l'esprit de personne qu'elle pût être autre chose qu'un moyen très efficace d'avoir la paix. Tandis que l'alitement du malade (parfois plus brutalement appelé « mise en pyjama ») avec des doses élevées de neuroleptiques est souvent présenté au malade et parfois vécu sincèrement comme tel par le personnel comme une thérapeutique nécessaire ; on va même jusqu'à rationaliser cette pratique en la décrivant comme une « tentative de développer le surmoi du malade », au lieu de la lui présenter comme une punition.

Il serait d'ailleurs intéressant de savoir ce qui est à la base d'une prescription de neuroleptiques dans divers services. Le personnel a souvent une certaine répugnance à leur endroit : cette répugnance n'est pas très éloignée de celle qu'ont les malades à les absorber, et qu'ils savent d'ailleurs décrire en termes très imagés. Il n'y a pas beaucoup de malades qui demandent eux-mêmes ce qu'ils appellent « le poison ». Même si elle est non exprimée, la peur d'être victime d'une toxicomanie est toujours sous-jacente. Les rechutes sont souvent attribuées à l'arrêt des neuroleptiques, mais on n'a jamais bien éclairé la raison pour laquelle les malades interrompaient volontairement le traitement ; on tombe dans un cercle vicieux en disant qu'ils ont interrompu le traitement ambulatoire *parce qu'ils* rechutaient, la proposition inverse étant aussi vraisemblable et aussi souvent soutenue.

Par tous les moyens, il s'agit donc de supprimer le symptôme : c'est ce que *demande* le groupe social de référence et il est bien difficile de ne pas satisfaire *directement* et *immédiatement* cette demande : le temps presse en effet et l'on sait très bien que si le *symptôme* attribué par l'entourage du malade ne disparaît pas au plus vite, le malade va être *rejeté*. Malgré son sens social, le symptôme ne peut être approché que de manière *individuelle* : d'attribut social, le passage à l'hôpital psychiatrique l'a transformé en possession exclusive par un individu privé de toute relation. Il faut dire aussi que l'entourage (famille surtout) ne peut en général pas (pour des questions matérielles souvent : l'hôpital, pour le secteur qui nous concernait, était à 35-35 km de leur lieu d'habitation et il n'y a pas encore de dispensaire près de leur domicile dans lequel nous pourrions les recevoir, si bien que nos rencontres avec la famille ne se font qu'à l'occasion des visites qu'ils rendent à leur malade) et surtout ne *veut pas* accepter l'idée qu'elle est en cause dans le symptôme du patient. Il s'avère donc que le sens du symptôme dans la relation en cause n'a pu vraiment être abordé malgré les efforts certains de tout le service. Une étude de familles de malades, comme celle qu'ont pu

mener LAING et ESTERSON avec tant de précision et de pénétration, peut difficilement être envisagée dans ces conditions.

La bureaucratie soignante se trouve donc en face d'un individu isolé porteur d'un symptôme qu'il s'agit de faire cesser : le malade ne coopère pas à cette disparition ; les cahiers de rapport en font foi là aussi : les mentions « *coopérant* » ou « *non coopérant* » sont parmi les plus fréquentes, attestant qu'il s'agit bien d'une obsession constante de la part des soignants. Il n'y a rien d'étonnant à cela : comment le malade pourrait-il coopérer à la disparition d'un symptôme qu'il ne ressent pas comme sien et qui n'est d'ailleurs le sien que comme attribut ? Le symptôme n'est pas son affaire à lui, sujet de son monde. Il est l'affaire de ceux dont le rôle social est déterminé par le statut anthropologique de la « folie » à un moment donné. Pour que le malade coopère, il faudrait qu'il soit en situation de coopérer, ce qui est en contradiction totale avec la situation de malade-objet dans une institution où il n'a pas son mot à dire.

Le malade se présente comme *résistance* : il se durcit dans son symptôme ou bien il fait le mort : on parle alors d'inertie et de passivité, nouveaux symptômes que nous prêtons au malade, inconscients du fait que l'inertie chez lui n'est que l'expression de la situation dans laquelle nous l'avons placé. Au terme de cette sorte d'escalade contre la folie, deux éventualités sont possibles : ou bien le malade *accepte* de jouer le rôle de « guéri » et on le fait sortir au plus vite, ou bien il *refuse* ce rôle et l'institution soignante éprouve un désir de meurtre inconscient à l'égard de ce malade qui « refuse de guérir » : le malade est considéré comme chronique, c'est-à-dire que tout ce qu'il pourra faire n'aura plus d'importance. La bureaucratie l'a déjà comptabilisé parmi les morts : il peut vivre maintenant tranquille pour toujours dans l'asile ou le néo-asile. « Maintenant, j'ai la paix pour toujours », déclarait ainsi un jeune schizophrène chez qui toute tentative d'approche avait échoué. Monde sans temps ? Ainsi sentons-nous le monde du schizophrène. Mais est-il dans son essence d'être sans temps, d'être « spatialisé » ? N'est-ce pas plutôt nous qui lui refusons un temps en lui refusant tout désir si l'on pense, comme l'écrit J.B. PONTALIS, que « le désir est ce qui permet à l'homme de s'historiser » ?

Si la bureaucratie est pressée, si le symptôme doit cesser au plus vite, l'attitude « d'écoute psychothérapique » vise à contourner le symptôme. Elle se donne comme règle de ne *jamais* y toucher directement, de le « respecter ». Le psychothérapeute a le temps.

Dans la mesure où elle n'agit pas sur le symptôme et où elle peut même en favoriser la naissance de nouveaux, elle s'oppose directement au point de vue de la bureaucratie qui reproche à cette attitude

de « semer le désordre » et qui réagit sans cesse en parlant de « remettre de l'ordre dans la maison », c'est-à-dire l'ordre d'une institution matérielle hiérarchisée qui n'a de raison d'être que si la folie est bien un non-sens et que si le symptôme est le seul point d'attaque, que si elle, bureaucratie, accapare l'histoire du malade.

Cette opposition a été constante pendant tout le temps où nous avons travaillé à Etampes : on peut même dire qu'elle constitue l'essentiel de l'histoire du service depuis sa création. Elle n'était au début perçue par personne comme telle et elle fut la source de multiples incidents qui atteignirent parfois une certaine gravité. La situation était peut-être rendue plus explosive par le fait que le service était neut : le personnel était composé pour plus de la moitié de jeunes stagiaires ou nouveaux diplômés qui n'avaient pas d'autre expérience psychiatrique que celle d'Etampes et qui se sentaient beaucoup plus à l'aise avec une tentative que les autres, plus anciens, ayant été formés dans des hôpitaux à hiérarchie plus sévère, ressentaient comme une menace contre l'ordre auquel ils étaient habitués. Dans une certaine mesure, il y avait conflit entre le groupe des surveillants chargés du « maintien de l'ordre » et détenteur d'un pouvoir réel et le groupe internes-psychologues, dépourvu de pouvoir administratif et « ne risquant pas de payer les pots cassés », mais investi d'un pouvoir imaginaire du fait qu'ils étaient censés savoir quelque chose de plus que les autres. Le médecin-chef du service s'est efforcé, nous semble-t-il, de conserver une certaine neutralité, ce qui n'a pas été très facile étant donné que personne ne demandait qu'il soit neutre : chaque groupe rival voulant qu'il prenne parti pour lui et demandant qu'il s'engage à fond dans un sens ou dans un autre, mais les deux groupes supportant difficilement cette espèce de louvoiement entre deux attitudes difficilement conciliables.

Les choses s'amélioreraient certainement si l'on passait du *malentendu à la contradiction* : c'est-à-dire si tous admettaient que fonctionnement bureaucratique et psychothérapie ne peuvent que s'opposer mais acceptaient qu'on doit vivre avec cette contradiction.

La question du manque de temps, de l'urgence qu'il y a parfois à prendre une décision joue un rôle important. Par exemple, un incident impliquant un malade est mentionné dans le cahier de rapport quotidien : la décision qui doit être prise à la suite de cet incident peut être prise immédiatement sans consultation du malade ni des équipes d'infirmiers intéressées. En fonction du comportement incriminé, une espèce de barème tacite de *sanctions* est appliquée. C'est ainsi que des comportements perturbateurs, tels qu'une tentative d'évasion, l'ingestion d'alcool pendant une sortie, des manifestations déplacées dans un « endroit respectable » de l'hôpital (bibliothèque, services adminis-

tratifs), peuvent faire systématiquement l'objet d'une augmentation de traitement neuroleptique sans que la signification de ce comportement par rapport au malade lui-même et par rapport à la collectivité ait été analysée. Une telle analyse réunit en effet des conditions rarement remplies : il faut une *réunion* comprenant le médecin-chef, l'équipe d'infirmiers concernée, le malade au l'ensemble des malades de l'unité, le psychologue, un surveillant, l'interne de l'unité. Il est matériellement impossible de tenir une réunion à chaque incident. On peut penser qu'une plus grande délégation de l'autorité augmenterait les possibilités d'analyse.

La tendance à la routine et à la systématisation de la part de ceux qui ont la charge de l'ordre est aussi un facteur défavorable. Nous allons examiner deux exemples qui illustrent cette tendance : la question des examens biologiques systématiques et le traitement des éthyliques.

a) EXAMENS BIOLOGIQUES : dans les anciens asiles, il n'était pas rare qu'un médecin-chef ait 400 malades en charge, parfois sans être assisté d'internes. Aussi certains examens biologiques : dosage de l'urée, du glucose, B.W., étaient systématiquement pratiqués à l'admission et répétés à intervalles réguliers. C'était même une obligation presque légale. Le surveillant veillait à ce que ces examens soient faits pour que le dossier soit « complet » : le service se sentait ainsi médicalement couvert vis-à-vis de la famille en cas de complication médicale. Cette pratique a survécu et s'est étendue malgré la diminution du nombre de malades par médecin. C'est ainsi qu'à Etampes, en plus des examens mentionnés plus haut, il est systématiquement pratiqué des tests hépatiques de floculation, un électrocardiogramme, un fond d'œil, un électroencéphalogramme et une radio pulmonaire à tout malade qui entre. Bien que médicalement inoffensive, cette pratique, en plus de coûter cher, est très peu rentable : elle donne une fausse sécurité médicale qui endort la vigilance. Et elle contribue à perpétuer l'habitude de priver les entrants de leur personnalité, comme en d'autres lieux celle de faire systématiquement déshabiller les entrées à l'admission, de leur faire prendre une douche et de les habiller de vêtements d'hôpital pour qu'il ne reste plus trace de leur histoire antérieure. Ces pratiques asilaires extrêmes ont heureusement disparu à Etampes, mais il en existe sûrement des survivances dans la mentalité du personnel formé dans des hôpitaux traditionnels.

b) TRAITEMENT DES ÉTHYLIQUES : c'est là que la politique officielle est la plus standardisée et que l'attaque se fait exclusivement au niveau du symptôme : perfusions systématiques confinant le malade au lit, prescription de neuroleptiques pour éviter des phénomènes oni-

riques font partie de la cure de désintoxication qui doit invariablement et rituellement durer dix jours. Elle est suivie d'une cure de dégoût tout aussi ritualisée fondée sur la création d'un réflexe conditionnel discutable au nom d'une théorie qui n'a jamais fait sa preuve. Les infirmiers le savent bien et ils ne cachent pas leur septicisme : pour eux, « le malade continuera à boire ». La réalité ne leur donne en général pas tort : le nombre de « rechutes » est impressionnant, ce qu'admettent d'ailleurs les statistiques officielles.

L'alcool devient comme une immense obsession et les alcoolemies sont pratiquées à tour de bras sans que personne n'en ait jamais montré l'intérêt quelconque en dehors d'une perspective judiciaire. Dans ce domaine, je pense que tous les services de France doivent se ressembler : l'idée que le traitement de l'éthylisme est avant tout l'arrêt de toute boisson fermentée n'a jamais été contestée dans la pratique dans un pays où le vin ou la bière doivent être la boisson de 90 % des adultes, et que ce serait n'en pas boire qui risquerait d'être un signe de défiance !

Mais il faut un traitement même si on n'en connaît pas réellement d'efficace : L'abstention thérapeutique est l'une des choses les plus difficiles à supporter par le personnel : si le malade n'a pas son nom dans le cahier de pharmacie, si sa fiche de traitement est vierge, c'est comme s'il n'existait pas ! On a l'impression que le personnel n'estime son devoir accompli que lorsque le dossier est complet, même si le malade est seul victime du devoir.

Le *primum non nocere* devient très difficile à respecter dans ces conditions : l'aspect social de la thérapeutique psychiatrique oblige parfois à prescrire à un malade des substances simplement pour ne pas exacerber l'anxiété du personnel soignant, qui voit lui-même sa fonction sociale (c'est-à-dire aussi sa sécurité matérielle, son gagne-pain) remise en question s'il n'a rien à faire en présence d'un malade. Ce sentiment d'*inutilité sociale* ne peut d'ailleurs être toléré par aucun groupe, et on doit compter avec lui dans la thérapeutique psychiatrique.

CHAPITRE II

NOTES SUR LE LANGAGE DES INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES

« Est-il fatal pour autant que nous ne connaissions d'autre usage de la parole que celui du commentaire ? Ce dernier, à vrai dire, interroge le discours sur ce qu'il a dit et voulu dire ; il cherche à faire surgir ce double fond de la parole, où elle se trouve en une identité à elle-même qu'on suppose plus proche de sa vérité ; il s'agit, en énonçant ce qui a été dit, de redire ce qui n'a jamais été prononcé... Commenter, c'est admettre par définition un excès du signifié sur le signifiant. »

C'est à la lumière de cette réflexion de M. FOUCAULT¹ que nous avons tenté d'écouter ce que disaient les infirmiers.

Il est vrai que tout médecin en est le témoin quotidien, la maladie fait parler. Toute médecine a toujours d'abord été déchiffrement de paroles. Chaque malade à sa façon est un « écrivain » en puissance (et on peut encore s'en persuader davantage en lisant les récits de malades rapportés par CARSON dans les *Vieilles douleurs*, éditions Julliard). Michael BALINT, dans son livre bien connu en France, note « l'intérêt qu'il y aurait à étudier la description subjective des douleurs et autres sensations prenant origine dans le corps. Il est surprenant en effet, combien la conception de son corps devient plus variée et plus riche pendant la maladie. Il y a ici un immense champ psychologique à peine abordé par la science. Qu'est-ce qui fait que les gens rapportent leurs douleurs ou sensations comme "stabbing", "lancinating", "lightning", "burning", "pressing", "constricting", "stifling", "throbbing", "blinding", ou utilisent des phrases comme "as if a stone were inside me", "as if I were made of cotton wool", "I feel wooly" ou "frozen" », etc.².

(1) « Naissance de la clinique », préface p. xii, P.U.F.

(2) Michael BALINT, « The doctor, his patient and the illness », New York, International University Press, p. 273.

Dans les hôpitaux psychiatriques, la manière dont les malades se plaignent est encore plus déroutante. Lors de mes premiers contacts comme interne avec l'hôpital psychiatrique (il s'agissait d'un hôpital tout à faire asilaire du Sud-Est), j'étais surpris lors de mes visites par la *pauvreté* avec laquelle les malades me parlaient de leurs maux physiques ou psychiques. Pauvreté aggravée par les neuroleptiques, imputable au faible niveau intellectuel verbal des malades, à la réticence, au mutisme, à la monotonie de la vie à l'asile. C'était toujours « j'étais fatigué », « ça me brûle », « ça me tire », « ça m'élançe ». Même quand ils avaient une maladie physique intercurrente, les pensionnaires me paraissaient s'exprimer beaucoup plus pauvrement que les malades des hôpitaux généraux.

Cette pauvreté semblait diffuser dans le personnel infirmier. Lors de ma visite dans les quartiers, je demandais au chef quels malades il avait à me signaler. J'étais alors frappé combien les infirmiers s'exprimaient de manière vague et routinière. Je me souviens ainsi d'un quartier de 80 chroniques où le chef de quartier répondait invariablement quand on l'interrogeait sur telle ou telle malade : « Elle est bien fatiguée. » Un jour, une malade fut atteinte d'une hépatite virale ; en demandant le lendemain à la chef comment allait « l'ictère », je m'entendis répondre sans humour : « Vous vous trompez, nous n'avons pas de malade de ce nom ici. »

A Etampes, où ils n'ont à s'occuper que de 25 malades, les chefs d'unité connaissent personnellement leurs malades et sont à même d'en parler de manière plus riche ; il est à remarquer, en passant, que les malades aussi s'expriment de manière plus riche, sauf les anciens malades hospitalisés à Clermont de l'Oise qui ont été mutés.

J'ai été néanmoins intrigué par les mots utilisés pour qualifier des comportements de malades. Qu'est-ce qui se cache derrière ces « troublée », « hallucinée », « confuse », « méchante », « mauvaise », « pré-occupée », « ne s'occupe pas », « gâteuse », « difficile de la faire manger » ou au contraire « gentille », « aimable », « coopérante » ?

C'est ainsi que, dans un rapport pris au hasard, j'ai compté pour une période d'une semaine le nombre suivant de mentions :

<i>Adaptation</i>	4	2 %	
<i>Alimentation</i>	34	17 %	s'alimente bien, appétit inchangé, ne veut pas s'alimenter, mange peu, s'alimente légèrement
<i>Occupation</i>	34	17 %	petite activité, régulier dans son travail, quelques activités, active et laborieuse, essuie la vaisselle, se rend utile

<i>Propreté</i>	5	2,5 %	
<i>Tenue vestimentaire</i>	5	2,5 %	très négligée
<i>Fatiguée</i>	11	5,5 %	prostrée, ralentie, dolente, languissante, alanguie
<i>Détendue</i>	3	1,5 %	
<i>Hallucinée</i>	2	1 %	
<i>Opposition</i>	5	2,5 %	
<i>Désorientée</i>	6	3 %	
<i>Impulsive</i>	1	0,5 %	
<i>Calme et docile</i>	11	5,5 %	sociable, souriante et affable
<i>Activité sexuelle</i>	1	0,5 %	recherche contact masculin
<i>Préférence du malade</i>	12	6 %	voudrait sortir
<i>Sans changement</i>	8	4 %	stationnaire, comportement habituel
<i>Satisfaite</i>	8	4 %	
<i>Pleure</i>	7	3,5 %	triste
<i>Désagréable</i>	1	0,5 %	
<i>Préoccupée</i>	2	1 %	
<i>Peu sociable</i>	3	1,5 %	
<i>Notations physiques</i>	14	7 %	se plaint d'œil gauche, chute abondante des cheveux, mouches devant les yeux, pouls intermittent
<i>Bon comportement</i>	2	1 %	
<i>Facile à diriger</i>	1	0,5 %	
<i>Comportement moteur</i>	4	2 %	instable, figée
<i>Prend bien ses médicaments</i>	4	2 %	
<i>Terme psychiatrique</i>	1	0,5 %	a une certaine phobie : aimerait obtenir 1 ou 1/2 comprimé d'imménocet chaque fois qu'elle éprouve une angoisse

De ce bref inventaire, collecté dans une unité de femmes, il ressort que ce groupe d'infirmières estimait que son rôle était surtout d'observer comment le malade s'alimentait, comment il s'occupait, quels étaient les signes physiques anormaux et si le malade était sociable ou non : plus de la moitié des notations (52 %) étaient consacrées à ces quatre domaines.

Par écrit, les infirmiers s'expriment dans *trois séries* de messages :

1) LE CAHIER DE CONSIGNES qui correspond à une transmission d'infirmiers à infirmiers. On y trouve en général des notations de permissions autorisées, d'examens complémentaires à pratiquer, de matériel emprunté : il y a là tout un échange d'informations non connues de la hiérarchie supérieure sans lequel le service ne pourrait pas fonctionner. Parfois, on y trouve le vidage de querelles personnelles « avant que ça n'aille plus haut », c'est-à-dire dans le cahier de rapport. Les infirmiers, pour cette raison, ont une certaine gêne à montrer ce cahier. Bien souvent, lorsque je manifestais le désir de le lire, on me le déconseillait, sous le prétexte que « ce n'était pas pour moi, qu'il n'y avait rien d'intéressant là-dedans ». C'est seulement à l'occasion de conflits plus aigus entre deux équipes, lors d'une réunion générale de « déballage », que le cahier de consignes était au centre du débat.

2) LE CAHIER DE RAPPORT : écrit chaque jour par chaque équipe, il correspond à l'une des principales, sinon la principale transmission infirmiers-hiérarchie supérieure. Il est un produit de la structure hiérarchique d'un service et, à ce titre, on peut le lire comme un véritable test. A l'examen d'infirmiers, il est d'ailleurs demandé de rédiger un rapport. J. BOULANGER, dans une thèse conçue dans le service du Docteur BAILLY-SALIN, à Bassens³, s'est ainsi servi de 111 rapports écrits dans une modalité très particulière d'enquête de type sociologique, en ce sens que les « renseignements communiqués l'étaient par la bande ». Il aboutissait ainsi à « un portrait-robot » de l'attitude standard de l'infirmier, sur le « pattern » auquel l'infirmier pense devoir se référer. Ce texte contient aussi d'utiles renseignements sur la manière dont le personnel voit la vie sociale des services de psychiatrie et en particulier il insiste sur le fait que les infirmiers ne mentionnent jamais de retentissement de la dispute au sein du groupe du malade. J. BOULANGER y voit le reflet de l'« absence quasi absolue du groupe des malades qui ne forment pas une communauté structurée avec ses leaders, ses buts, ses compétitions ». Selon lui, « les malades de nos unités de soins constituent en fait des agglomérats d'individus » et non des « cultural focus ».

Mais le plus important à nos yeux est la critique des modalités de la communication médecin-infirmier. Selon J. BOULANGER qui a pu

(3) Jules BOULANGER, « Contribution à l'étude de la vie sociale et du rôle de l'infirmier dans le service de psychiatrie ». Analyse des rapports de service sur « une dispute survenue entre deux malades », présentés à un examen régional des infirmiers psychiatriques (*Thèse Méd.*, Lyon, 1962).

comparer le rapport écrit par huit infirmiers avec leur comportement réel dans le service, il faut reconnaître « un immense bénéfice aux discussions collectives dans la formation du personnel à une technique particulière de l'approche d'autrui » ; « la pauvreté des rapports de service confirme que la communication de ce matériel particulier, mouvant, n'est vraiment possible que dans le cadre de telles discussions collectives, dans le cadre d'une communication médecins-infirmiers approfondie et suivie ».

On peut donc penser que le cahier de rapport est bien plus une *limitation* de la *communication* que la transmission d'informations utiles.

Tel qu'il est, on doit le traiter comme un *message* et poser la question : *quelle demande* au *surveillant*, et par là au *médecin*, exprime-t-il en fonction de ce que les infirmiers pensent que le surveillant ou le médecin veulent entendre. À ce titre, le cahier de rapport est pour le médecin un reflet de la manière dont il est vu par le personnel infirmier : c'est un peu lui, la manière dont il régit le service qui y sont décrits.

Une autre question, vitale celle-là, peut être posée : *en quoi le cahier de rapport* est-il le reflet de la *demande des malades* ? Nous n'avons malheureusement que très peu d'éléments pour répondre. Tout ce qu'on peut dire est que le malade a la hantise du « rapport » qu'il interprète d'ailleurs comme un « signalement » dont il est toujours sous la menace comme un élève dans un lycée. Pour lui, le rapport est le sceau matériel de son aliénation, de la même manière que les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine dont la mention finale « placement justifié » consacre sa perte de liberté. Mais si le langage des psychiatres comme pratique de l'aliénation a été bien souvent étudié et démasqué par les psychiatres comme telle, celui des infirmiers a été négligé, à peine est-il considéré comme un discours pauvre sur la folie !

Toujours est-il que le rapport est tabou : la malade ne *doit pas* savoir ce qu'on écrit sur lui : les infirmiers y montent bonne garde et quand nous avons transgressé cette interdiction et lu au malade ce qu'on rapportait de lui, les infirmiers nous en ont fait souvent le reproche : « Ah ! vous lui avez dit », me faisait-on remarquer en sous-entendant que « ce n'était pas moi qui allait supporter le malade pendant huit heures ».

3) LE CAHIER DE COMPORTEMENT a une fonction un peu différente du précédent. Il est constitué d'une série de courtes observations écrites par n'importe quel infirmier quand il le juge utile. Il reste dans le « dossier pavillonnaire » et n'a donc pas comme but immédiat de

transmettre des informations au bureau. C'est seulement à la sortie du malade qu'il rejoint le dossier médical et, si le malade est à nouveau admis, il est remis à la disposition du pavillon.

Les infirmiers sont beaucoup plus libres d'y écrire ce qu'il leur paraît important à eux. Il est lu *dans le pavillon* à l'occasion de réunions médecins-infirmiers où l'on tente d'approfondir des cas ; donc, dans une atmosphère qui n'est menaçante ni pour le personnel, ni pour le malade. Il servirait donc plus à l'approche psychothérapique qu'au fonctionnement bureaucratique, contrairement au cahier de rapport qui n'a d'existence que par rapport à la hiérarchie.

Pour de multiples raisons cependant, les infirmiers tendent à négliger son importance. Beaucoup m'ont déclaré que ce n'était pas vraiment l'essentiel et ont voulu me dissuader de les lire de la manière que j'entendais en arguant que « je ne trouverai rien d'intéressant là-dedans », qu'ils percevaient le malade d'une manière bien différente que ce qu'ils écrivaient. Le fait que les infirmiers, en raison de leur niveau d'instruction, n'ont pas l'habitude de s'exprimer par écrit, leur paraissait un handicap insurmontable pour que ces observations puissent être utilisées dans un but psychothérapique. Malgré cela, je crois qu'il vaut la peine d'explorer ce discours : ceci pose le problème de *comment l'interroger*.

a) Comment ne pas appliquer à un discours sur la folie, lorsqu'on est médecin, une méthode qui consisterait à comparer le langage des infirmiers à celui des psychiatres ? On peut ainsi, dans ce qui est dit par les infirmiers, relever les erreurs de diagnostic, essayer de *traduire* ce qui est énoncé dans notre propre langage. Le code des médecins serait ainsi plus élaboré, plus riche, plus raffiné, plus précis. Cette méthode nous conduirait à découvrir ce qu'on sait déjà : que les infirmiers n'utilisent pas les mêmes mots que nous et quand ils les utilisent, ils le font de manière souvent inexacte.

Il suffirait donc d'interroger chaque mot utilisé par l'infirmier pour nommer un comportement du malade et de la comparer avec notre propre observation du malade. On pourrait, par exemple, découvrir que lorsque l'infirmier écrit du malade qu'il est « troublé », nous trouvons en fait que ce malade peut être soit déprimé, soit anxieux, soit confus.

Le nom utilisé par l'infirmier n'aurait donc pas de valeur en lui-même, et c'est ce que nous faisons dans la pratique : peu importe le mot réellement employé, l'essentiel est que nous soyons prévenus, que l'on nous ait *signalé* le malade, selon l'expression rituelle, afin que nous demandions à en savoir plus long à propos de ce malade par

notre propre examen. Le langage de l'infirmier est ainsi réduit à une simple fonction de *signal* avec trois possibilités : va mieux ; va plus mal ; stationnaire.

b) Pour considérer le langage de l'infirmier en lui-même, il nous semble qu'il faille le prendre au moment où il prend naissance et indépendamment de l'attitude habituelle que nous prenons par rapport à lui, d'un point de vue non utilitaire, non « psychiatrique » (en dehors de nos propres critères pour délimiter la folie), un peu dans la perspective sémiologique de R. BARTHES : « Le sémiologue est appelé tôt ou tard à rencontrer le langage ("le vrai") sur son chemin, non seulement à titre de modèle mais aussi à titre de composant, de relais ou de signifié. Toutefois, ce langage-là n'est plus tout à fait celui des linguistes : c'est un langage second dont les unités ne sont plus des monèmes ou les phonèmes, mais les fragments plus étendus de discours renvoyant à des objets ou des épisodes qui signifient sous le langage, mais jamais sans lui. ⁴ »

Toute une série de question peut être ainsi formulée :

- *D'un point de vue externe :*
 - Où s'insère ce discours dans l'institution ? Sa fonction comme transmission de messages pour la bonne marche du service.
 - D'où provient-il ? Genèse : apprentissage des mots. Perspective historique : y a-t-il évolution de ce langage ?
- *D'un point de vue interne :*
 - Que traduit-il du type de « perception » du malade pour l'infirmier ? Comment sa vision de l'autre se manifeste-t-elle ?
 - Quelle est la relation de ce langage avec la « vérité » du malade ? (au sens où LACAN entend que « dans l'anamnèse psychanalytique, il ne s'agit pas de réalité, mais de vérité »).
 - Et surtout ce que ce discours traduit (ou masque, c'est-à-dire traduit de manière négative par ce qu'il ne dit pas) comme *accréditation* par l'infirmier de son rôle d'agent d'un pouvoir occulte (l'institution-hôpital, la société).

Langage aliénant et aliéné dans la mesure où ce langage-là n'est pas le sien ; il ne parle pas du malade comme il parlerait d'une autre personne. Le malade serait ainsi jugé avec des mots qui ne sont pas les siens et qui sont prononcés par des agents pour lesquels ils sont tout aussi étrangers. La prison ne serait plus tant des murs que des mots. La reconnaissance du statut mythique de ce discours pourrait être un instrument de cure aussi efficace que le mythe l'avait été pour aliéner.

(4) R. BARTHES, « *Eléments de sémiologie* », Ed. Gonthier (Médiations), p. 81.

Le malade est un peu dans la position de Dominici devant ses juges et nous pouvons penser, comme R. BARTHES, que « quel que soit le degré de culpabilité de l'accusé, il y a eu aussi le spectacle d'une terreur dont nous sommes tous menacés, celle d'un pouvoir qui ne veut entendre que le langage qu'il nous prête... Voler son langage à un homme au nom même du langage, tous les meurtres légaux commencent par là »⁵.

C'est dans cet esprit que nous avons procédé à des interviews d'infirmiers et de malades, afin de comparer le comportement à l'admission avec le récit de l'admission par le malade lui-même et le comportement signalé à une interview de l'infirmier et du malade à propos de l'incident signalé.

Pendant deux semaines, nous avons ainsi eu des entretiens quotidiens avec cinq malades :

- une adolescente de dix-sept ans décrite comme caractérielle et à la recherche d'activités sexuelles ;
- une mélancolique délirante ;
- une dépression réactionnelle ;
- une schizophrène à un stade très régressif ;
- et une délirante chronique peu expansive.

Toute observation sur une malade ainsi que tout ce qui était dit sur elle était noté et comparé avec ce que la malade disait elle-même ce jour-là de manière non préconçue : ni les infirmières, ni les malades n'étaient prévenues de cette tentative de comparaison : les entretiens avec les malades étaient présentés comme des entretiens psychothérapeutiques habituels et les entretiens avec les infirmières étaient présentés comme des études de cas.

L'examen de ces cinq dossiers ainsi constitués nous avait permis de suggérer quelques hypothèses à vérifier par des questionnaires que nous n'avons malheureusement pas pu établir.

Elles concernaient :

1) L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE :

- *Psychothérapie* : pour les infirmières, elle apparaissait du type maternel : être doux, bien gentil, accueillant, gratifiant.
- *Sociothérapie* : on demandait à la malade qu'elle s'intéresse à la vie du pavillon, qu'elle soit coopérante, aimable, gentille, docile.
- *Ergothérapie* : la malade devait presque être soumise à un travail forcé : condamnation nette de l'inactivité mise sur le compte de la

(5) R. BARTHES, « Mythologie », Ed. du Seuil, p. 53.

paresse (surtout dans le cadre de la jeune adolescente caractérielle) ou de la détérioration (schizophrène très régressée). Une adolescente caractérielle qui ne travaille pas est une blessure narcissique difficilement soutenable par les infirmières qui ont tendance à proposer qu'on les punisse.

2) ATTITUDE EN FACE DE L'ÉROTISME : question qui se pose en permanence à Etampes où les pavillons mixtes multiplient les occasions de rencontre.

(Le Docteur RAPPARD a, dans un récent numéro de *L'Information Psychiatrique*, étudié du point de vue psychanalytique la question de la mixité telle qu'elle apparaissait précisément dans le service où nous travaillons.)

- On peut d'abord remarquer que toute manifestation érotique est en général signalée et décrite : il y a là certainement comme un appel à la communauté pour qu'elle se prononce. C'est sans doute là un intérêt majeur de la mixité dans la mesure où elle « provoque » les soignants et les oblige à adopter une position collective, à « socialiser » leur décision.
- L'attitude en face de la *masturbation* est assez curieusement très tolérante. Elle évoque surtout un sourire légèrement méprisant.
- L'*homosexualité* est également conçue comme normale dans un milieu de malades mentaux, comme si la perversion était dans la nature des malades.
- L'*hétérosexualité*, par contre, est vécue comme *dangereuse*, si elle a comme théâtre le pavillon lui-même. On se préoccupe de ce qu'en penseraient les familles et puis comme cela a été souvent dit au cours des réunions d'analyse de cas : « Un mari n'a pas mis sa femme ici pour qu'il soit cocu. » Les infirmières refusaient donc que le service soit « transformé en bordel », ceci peut être très intéressant dans la mesure où une loi doit prohiber les relations hétérosexuelles considérées par le Docteur RAPPARD comme « incestueuses » : selon lui, l'un des principaux avantages de la mixité est la possibilité d'introduire une *loi d'interdiction* qui est à la source de toute socialisation.

3) ATTITUDES NOSOGRAPHIQUES : les infirmières avaient un système assez rudimentaire de classification très souvent mêlé à un jugement éthique.

C'est ainsi que :

- une *schizophrène* : « On pouvait lui pardonner » ;

- une *hystérique* était condamnable : jouant la comédie, seule une attitude sadique était efficace ;
- une *épileptique* était traitée avec plus d'indulgence, mais « il ne faut pas qu'elle en fasse trop ! » ;
- une *déprimée*, névrotique ou mélancolique, attire la sympathie, l'intérêt et la pitié. Les infirmières semblaient estimer qu'il fallait « être aux petits soins » et elles acceptaient fort bien les servitudes matérielles qu'elle leur imposait. Peut-être ce genre de malades les gratifie-t-elles en leur faisant jouer un rôle d'infirmière proche de l'image sociale de l'infirmière non psychiatrique ;
- une *délirante*, les infirmières retenaient surtout les idées de persécution, le caractère paranoïaque : elles insistaient sur leur caractère délirant, ce qui est pour elles ce qu'il y a de plus dangereux.

On peut aussi mentionner la différence d'attitude à l'égard des malades aigus, vécus comme gratifiant, puisque offrant rapidement le « cadeau » de leur guérison et les malades chroniques très frustrants qu'on voudrait rejeter dans un autre pavillon, sinon en dehors de l'hôpital.

4) ATTITUDES EN FONCTION DE CE QU'ON SAIT DE LA VIE DU MALADE.

Qu'est-il retenu de la vie extérieure du malade ?

- En général, les éléments matériels et relationnels servent à expliquer la maladie mentale :
 - des *conditions extérieures* telles que : logement, nature du travail, distance du lieu de travail, transplantation récente ;
 - des événements marquants, supposés pathogènes, tels divorce, mésentente conjugale, deuil, assez rarement grossesses par elles-mêmes, alors qu'on admet très facilement qu'un nouvel enfant à la maison puisse être un facteur d'épuisement de plus.
- Par contre, la *vie intérieure*, imaginaire et phantasmatique, est totalement ignorée. C'est pourquoi le discours analytique ne « passe » pas dans un milieu d'infirmiers.

Le malade est écouté à la lettre : on ne retient que les faits matériels de ce qu'il dit ; *on le croit*. C'est ce qui est dit qui est pathologique et pathogène. Jamais on ne considère ce qui est tu comme pathogène. Tout au plus, le malade ment consciemment (il « simule ». il est « réticent » : mais ce qu'il tait, il pourrait très bien le dire comme *nous* pouvons raconter un récit).

Il n'y a donc chez l'infirmier aucune idée de l'inconscient. Pour lui, la maladie mentale est une maladie de la conscience, du tempérament, du caractère, de la volonté, une maladie de l'*éthique*, mais jamais une maladie du corps en tant que lieu du désir.

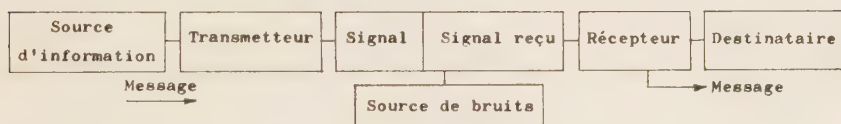
CHAPITRE III

SITUATION DE L'INFORMATION DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

Il est très courant d'entendre déplorer que « dans un service psychiatrique, l'information ne circule pas ».

Cette information est conçue comme un matériel objectif et neutre. Pourtant la question de la *définition* n'est pas simple :

On pourrait adopter une définition telle qu'elle est donnée dans la *théorie de l'information* et qui peut être représentée par le schéma classique :



A ce titre, l'information est ce qui doit être transmis par un circuit jusqu'à son destinataire.

Mais cela ne nous donne qu'une définition restrictive de ce qui doit être transmis.

On peut poser en principe que *tout* est information. En psychiatrie, par exemple, la façon dont le malade s'habille, ce qu'il dit, ce qu'il tait, ainsi que tout ce qui fait l'habitus d'un médecin ou d'un infirmier. On peut noter ainsi que l'information existe indépendamment d'un observateur.

Un minimum d'informations est nécessaire à la vie biologique et psychique.

On a pu ainsi montrer qu'une alimentation dépourvue de goût aboutirait à la mort, de même que la privation sensorielle entraîne des psychoses aiguës.

Si tout phénomène peut être considéré comme de l'information, on voit qu'il est nécessaire que s'effectue une *sélection*. Mais si cette sélection est nécessaire, quels doivent en être les critères ? C'est ce que nous voudrions examiner maintenant.

I. — CRITERES DE PERTINENCE DE L'INFORMATION DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

La nécessité d'une sélection des informations se pose dans toute entreprise. L'information utile est définie par rapport à l'objectif. Dans un service psychiatrique, l'objectif est de traiter les malades mentaux : on peut donc penser que les informations pertinentes sont celles qui contribuent à la réalisation de cet objectif.

Mais cet objectif reste très vague dans la pratique : les malades peuvent être traités de façon très différente et dans des types de services très différents.

Les déclarations explicites sur la manière générale utilisée pour réaliser les objectifs peuvent être qualifiées de *politiques*. Ces politiques peuvent être exprimées en termes économiques, organisationnels, éthiques, psycho-sociologiques, etc. Ainsi, on peut considérer comme une contrainte de devoir traiter les malades dans des services régis par la loi de 1838 et comme une politique le fait de choisir certains malades en service libre.

A la notion d'objectif, il faut donc adjoindre celle de « contraintes ». Dans un hôpital psychiatrique, l'objectif est de traiter les malades mentaux, la contrainte est de faire fonctionner l'hôpital avec le budget prévu.

Il faut aussi distinguer l'objectif primaire des *objectifs transitifs*. Ceux-ci peuvent être définis comme des objectifs intermédiaires dont la réalisation est nécessaire pour la réalisation de l'objectif primaire, par exemple :

- formation du personnel ;
- recherches sur la maladie mentale.

La poursuite de l'objectif primaire et des objectifs transitifs nécessite une *organisation*.

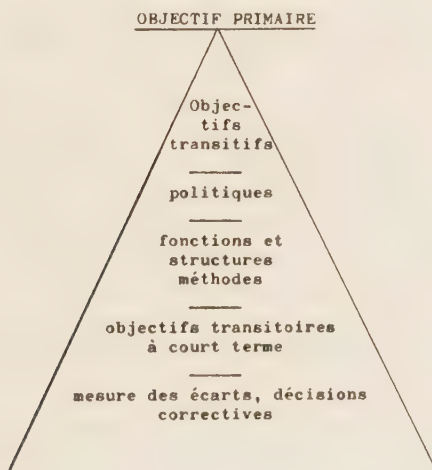
Plusieurs types d'organisation sont possibles en théorie pour réaliser le même objectif primitif : il faut cependant en choisir un (selon les contraintes et les moyens). L'organisation comporte un aspect statique et un aspect dynamique.

L'aspect statique correspond aux moyens mis en œuvre ; l'aspect dynamique, le mode de progression ou les étapes choisies dans la poursuite de l'objectif.

C'est seulement dans et par une institution réelle, caractérisée par son organisation, que l'objectif primaire peut perdre son abstraction en s'incarnant.

Cet ensemble objectif primaire - organisation permet de définir l'information utile comme celle qui permet le bon fonctionnement de l'institution et la réalisation de l'objectif primaire.

On peut ainsi figurer une institution sous forme d'un cône dont le sommet est défini par l'objectif primaire et l'angle d'ouverture fonction de la politique, des méthodes, des objectifs transitifs. Toutes les informations situées à l'intérieur de ce cône (cône de pertinence), c'est-à-dire toutes les informations aidant à la poursuite de l'objectif primaire dans le cadre de la politique, des méthodes et des objectifs transitifs sont *utiles* ou *pertinentes*.



Toutes les informations situées à l'intérieur du cône de pertinence sont à considérer comme des bruits, risquant de parasiter ou de masquer les informations pertinentes.

Ces informations peuvent être codifiées (le code devant être unique et commun à tous les soignants), écrites, stockées, transmises.

Pour définir l'information utile, il faut donc que soient très précisément formulés :

- l'objectif primaire ;
- les relations entre cet objectif primaire et les objectifs transitifs ;
- le type d'organisation choisi ;
- les méthodes.

Il est nécessaire que tous les membres de l'organisation admettent l'objectif primaire comme étant l'objectif de l'institution, pour assurer la cohérence des opérations de l'institution et en particulier la cohérence des relations de chacun avec les malades.

II. — COMMUNICATION SOIGNANTS-SOIGNES

Il existe entre les deux groupes une circulation d'informations qui va dans les deux sens :

- des soignants aux soignés ;
- des soignés aux soignants.

1) Communication soignés-soignants

Elle est permanente. Selon une forme verbale ou non, les soignés ne cessent d'émettre de l'information. C'est le rôle des soignants que de la recueillir : dans la perspective d'écoute psychothérapique, toute information doit être reçue : le personnel doit non seulement recueillir ce qui est évident, mais « provoquer » pour démasquer ce qui est tu.

Devant une telle masse d'informations, on risque de se sentir submergé et d'être tenté d'opérer une sélection. Existe-t-il pour les informations en provenance des soignés, des critères de pertinence de l'information semblables à ceux définis par un objectif et un cône institutionnel ?

La réponse ne peut qu'être négative. Les soignants ne doivent rien privilégier, rien éliminer, rien sélectionner. Toute information venant des soignés doit être considérée d'emblée comme pertinente et signifiante.

Toute information est en effet susceptible de conduire à un sens. Cependant, on sait qu'il n'est pas possible de diffuser totalement la globalité des informations en provenance des soignés. Une telle diffusion entraînerait une diffusion de l'ensemble du discours et du comportement de tous les malades : la réduction de l'information est inéluctable mais ne doit pas être un principe.

Le groupe des soignants n'est absolument pas structuré comme celui des malades : les caractéristiques du groupe des soignés sont totalement différentes.

a) En ce qui concerne l'ORGANISATION : si les clubs thérapeutiques existent à l'heure actuelle dans la plupart des institutions, ce ne sont pas des créations spontanées et leurs objectifs sont définis par les soignants ; on ne peut donc pas dire qu'il existe une organisation spécifique du groupe des soignés.

b) En ce qui concerne l'OBJECTIF : on ne peut pas dire que le groupe des soignés ait un objectif unique, fixe et commun. Il est très apparent, en effet, que le désir de guérison, déjà hypothétique en ce qui concerne une maladie organique « pure », ne constitue pas un objectif commun à tous les malades mentaux. À cet égard, toutes les attitudes se rencontrent chez les malades depuis le désir de guérir qui nous paraît le plus authentique, jusqu'à une obstination forcenée de rester dans la maladie (indépendamment des notions de bénéfice primaire et secondaire).

c) En ce qui concerne la POLITIQUE, les MÉTHODES, les STRUCTURES : on n'en conçoit pas qui puissent provenir des soignés.

On voit donc que l'existence d'un cône de pertinence propre aux soignés est impossible.

Ceci est dû au fait que la totalité des malades d'un service ou d'une institution reste une somme d'individus qui ne reconnaissent pas profondément un objectif unique, explicite, stable, admis par tous. Ce n'est pas le groupe soigné qui est malade : ce sont des individus. Le sens d'un comportement, du discours de chacun reste individuel, singulier.

Malgré cette absence de « cône de pertinence » chez les soignés, de cône analogue à celui des soignants, on peut observer certaines caractéristiques communes au langage des soignés et des soignants : d'une certaine façon, on peut dire que les malades apprennent à parler le langage des soignants.

Ceci peut s'expliquer d'une part par des contraintes extérieures communes et par ce qu'on peut appeler des « sous-cônes » de pertinence transitoires, communs aux soignés et aux soignants.

- *Contraintes extérieures communes :*

— La langue française qui est en soi un code. Non contenu dans le cône de pertinence de l'institution, il n'est pas défini par l'objectif de celle-ci. Il en est cependant commun aux deux groupes.

— La loi d'interdiction de l'inceste qui réalise la base commune à tous. Elle existe indépendamment de ce que nous voulons ; et elle concerne tous, malades et soignants.

- *Sous-cônes de pertinence transitoires communs aux soignants et aux soignés :*

Vie en commun, utilisation des mêmes structures (locaux, institutions, clubs thérapeutiques, etc.) permettant que soient posés des objectifs transitoires, partiels, communs aux soignés et aux soignants (fête, bal, excursion). A condition que l'objectif soit bien défini et le même pour tous ; que ma méthode pour atteindre cet objectif soit bien explicitée, alors tous les éléments sont réunis pour qu'il existe un sous-cône de pertinence.

Celui-ci ne dure que le temps de la poursuite de l'objectif et ne concerne qu'une partie de la vie de chacun : il est alors *commun* aux soignants et aux soignés. Les malades ne se définissent plus seulement par leurs maladie, mais comme participant à une tâche commune. Et surtout il existera une possibilité commune de définir l'information pertinente pour le projet en question. Il existera un *code commun*.

2) Communication soignants-soignés

Plus difficile à aborder.

Une partie des informations est verbale et exprime en grande partie les règlements, les contraintes et les impératifs.

Une autre partie est non verbale : elle est constituée par la totalité du comportement des soignants, soit qu'il s'agisse de leur comportement dans une situation professionnelle, soit qu'il s'agisse de leur comportement privé.

Toutes ces informations entrent dans un cône de pertinence et les critères de pertinence doivent être connus et utilisés. Deux écueils sont à éviter :

- l'absence de contrôle de ces informations en provenance de ces soignants ;
- le surcontrôle qui, en risquant de retenir un trop grand nombre d'informations individuelles, prive les soignés de possibilités.

III. — AUTORITE ET PERTINENCE DE L'INFORMATION

L'autorité est gardienne de la pertinence de l'ensemble des opérations réalisées par rapport aux objectifs de l'institution et en particulier elle est gardienne de la pertinence de l'information qui circule dans le système. Il faut comprendre par là que c'est auprès de l'autorité qu'on doit pouvoir vérifier non pas la vérité absolue de telle ou telle information, mais son exactitude ou son utilité pour la réalisation des opérations nécessaires.

L'autorité assume ainsi, à l'égard de l'institution et de ses membres :

- une responsabilité de progression, d'adaptation de l'institution à une réalité extérieure changeante ;
- une responsabilité de protection ou de sécurisation dans le poste de travail.

R. MEIGNIEZ a pu proposer un système clairement défini où il décrit les conditions suivantes :

« 1° Etre en état de connaître l'objectif à atteindre.

2° Pouvoir prendre ou recevoir des informations pertinentes sur la situation.

3° Pouvoir interpréter ces informations de façon à dégager :

- a) les facteurs fondamentaux qui déterminent la situation ;
- b) la hiérarchie des objectifs intermédiaires ;
- c) les moyens accessibles pour agir sur ses facteurs en fonction de ces objectifs.

4° Pouvoir mettre en œuvre ces moyens.

5° Pouvoir prendre connaissance du résultat obtenu, sous une forme qui permette de mesurer son écart au résultat visé (c'est-à-dire, selon le degré d'avancement, les objectifs intermédiaires ou l'objectif final).

6° Pouvoir intégrer cet écart de manière à corriger les moyens mis en œuvre.

7° A tout moment de ce processus, être en état de connaître et intégrer (et pour cela, dans une certaine mesure, de prévoir) les changements survenus d'une manière dépendante ou indépendante de l'action poursuivie :

- a) dans la nature de l'objet visé ;
- b) dans celle des facteurs fondamentaux de la situation ;
- c) dans celle des moyens utilisables. »

On voit donc que le rôle de l'autorité n'est pas passif : elle a un rôle à jouer pour faire circuler l'information pertinente partout et à tout moment. C'est seulement dans ces conditions que l'autorité peut être diffusée à chaque membre de l'organisation, car si elle restait concentrée sans contact avec la réalité concrète, il y aurait un grand risque de dégradation de l'institution.

CONCLUSIONS

A l'occasion de nos fonctions d'interne dans un hôpital psychiatrique récemment construit et axé sur une sociothérapie de réadaptation intra-hospitalière, nous avons tenté de situer critiqueusement les conditions de l'application quotidienne de principes psychothérapiques découlant d'une orientation psychanalytique et nous avons tenté de dégager certains obstacles à sa mise en œuvre.

DANS UNE PREMIÈRE PARTIE, nous avons montré que la politique de soins fondée sur une sociothérapie intra-hospitalière et le modèle médical d'approche de la maladie mentale pouvaient favoriser l'exclusion du malade mental en le fixant dans sa maladie. L'objet de la psychiatrie, c'est-à-dire la question de la maladie mentale, nous paraissait court-circuité par une telle politique.

Nous avons aussi analysé ce qui nous paraît être *une opposition irréductible* entre l'organisation bureaucratique et hiérarchisée des services dont la politique vise à faire disparaître les symptômes et une attitude d'écoute psychothérapique qui cherche au-delà ou en deçà des symptômes à tenter de découvrir un sens chez un sujet nommé comme malade. A nos yeux, il ne s'agit pas de « dépasser » cette opposition, mais de la vivre comme telle en l'explicitant.

DANS UNE DEUXIÈME PARTIE, nous avons examiné la manière dont on pouvait utiliser les différents messages écrits par les infirmiers (cahiers de rapport, cahiers de comportement) pour étudier la vie d'un service dans sa fonction hiérarchique et dans sa politique psychothérapique. Nous avons donné quelques exemples d'attitudes que nous avons pu relever chez les infirmiers et qui apparaissent implicitement à la lecture des cahiers de comportement.

DANS UNE TROISIÈME PARTIE, nous avons abordé la question de l'information d'une manière plus théorique, et nous avons cherché à définir plus précisément la notion de pertinence de l'information et sa relation avec l'autorité.

Il nous est apparu que c'est à l'autorité responsable qu'il appartient de diffuser les informations pour que leur pertinence soit sauvegardée et que l'institution ne se dégrade pas.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
PICHOT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

INDEX DES OUVRAGES OU ARTICLES CITES

- ACHALLE, DEMAY, RAPPARD. — Les problèmes architecturaux posés par l'hôpital psychiatrique-village d'Étampes. (*Recherches*, juin 1967.)
- ARIETTI (S.). — Schizophrenia. (*American Handbook of Psychiatry*, p. 455.)
- BALINT (M.). — The doctor, his patient and the illness, p. 273.
- BARTHES (R.). — Éléments de sémiologie, p. 81.
- BASAGLIA (F.). — Colloque de Courchevel, 25, 26, 27 mars 1968. Rapport de l'équipe de Gorizia.
- BONNAFÉ (L.). — Argument sur la hiérarchie. (*Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, n° 4, p. 119.)
- BOULANGER (J.). — Contribution à l'étude de la vie sociale et de l'infirmier dans un service de psychiatrie.
- COOPER (D.). — Psychiatry and antipsychiatry. (Tavistock Publications.)
- CAUDILL (W.). — Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. (*Am. Journal of Psychiatry*, 1952, XXII.)
- DEVEREUX (G.). — Normal and abnormal: the key problem of social psychiatric anthropology.
- Esprit*. — Misère de la psychiatrie, 1952.
- FERRAND et ROUBIER. — L'hôpital psychiatrique dans la cité. (*Recherches, Architecture et Psychiatrie*, juin 1967.)
- FOUCAULT (M.). — Naissance de la clinique. (P.U.F.)
- FREEMAN (H.) et FARNDAL. — New aspects of mental health services, 1967.

- GOODMAN (P.). — Growing up absurd. (New York, Random House, 1967.)
- GÉLINET (C.). — Souvenirs de mon internement à l'asile d'aliénés de Tours, du 19 août 1923 au 23 décembre 1925.
- LAING et ESTERSON. — Families of schizophrenics. (Tavistock Publications.)
- LINN (L.). — The fourth psychiatric revolution. (*Am. J. Psych.*, février 1968.)
- MARTINET (A.). — Eléments de linguistique.
- O.M.S. — Rapport technique, 105.
- PARSONS (T.). — Vers une sociologie de l'action. (Plon.)
- WAJEMAN (M.). — Considérations sur la formation du personnel infirmier des services de neuro-psychiatrie.

